

国民健康保険  限度額適用認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 ( 日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで			
		名称			
所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで			
		名称			
所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで			
		名称			
所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで			
		名称			
所在地					

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
 世帯主 \_\_\_\_\_  
 (申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ ( )

徳島市長  
 遠藤 彰良 殿

確認欄	適用区分	申告状況	前年区分	長期入院(該当日)	短期証	受付
			簡 申			