

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
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		奈 15	—				
世 帯 主	住所	奈良県生駒郡斑鳩町					
	氏名				生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号						
限度額適用・減額対象者	氏名				生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号						
	世帯主との続柄						
第三者行為等の有無	有（第三者・業務上） ・ 無						
長期入院	該当 ・ 非該当						

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)	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定証の交付を申請します。  
限度額適用・標準負担額減額

令和 年 月 日

住所 奈良県生駒郡斑鳩町  
申請者(世帯主)  
氏名

※「マイナ受付」(マイナンバーカードの保険証利用に必要な顔認証付きカードリーダーを設置した医療機関等において、オンラインで保険資格の確認等を行うしくみ) に対応する医療機関において、マイナンバーカードまたは健康保険証を提示し、情報提供に同意することで、窓口での限度額適用認定証等の提示が不要になります。

斑鳩町長 殿

斑鳩町処理欄	認定等	イ 住民税(課税・非課税)証明書 ロ 公 簿( ) 却下 (理由 )	受 理 番 号	(第 号)
			交 付 番 号	(第 号)
			認 定 等 年 月 日	年 月 日
			適用区分(前期老人)	区分 I ・ 区分 II
			適用区分(若人)	ア・イ・ウ・エ・オ
	差額支給	差額支給台帳発行番号		
	医 療 費	有 ・ 無	(第 号)	
	食 事 療 養 費	有 ・ 無	(第 号)	
生 活 療 養 費	有 ・ 無	(第 号)		