

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

被保険者証記号番号	奈 15	—
世帯主	住所	奈良県生駒郡斑鳩町
	氏名	生年月日 昭・平 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 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)	平成 年 月 日から平成 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)	平成 年 月 日から平成 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)	平成 年 月 日から平成 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)	平成 年 月 日から平成 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

平成 年 月 日

住所 奈良県生駒郡斑鳩町
申請者(世帯主) 氏名

印

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 口 公簿() 却下 (理由)	受理番号	(第 号)
			交付番号	(第 号)
			認定等年月日	平成 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)		