

課長	主幹	課長補佐	係長	担当

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

被保険者証記号番号		与 ・		電話番号		— —	
世帯主 (届出人)	住 所	与謝野町字					
	氏 名			生年月日		大・昭・平・令 年 月 日	
	性 別	男・女	個人番号				
限度額適用 減額認定証 交付対象者	氏 名			生年月日		昭・平・令 年 月 日	
	性 別	男・女	個人番号				
	世帯主との続柄						
ご病気以外の傷病（負傷、火傷、咬傷、食中毒など）原因：							
長期入院		該当・非該当		第三者行為（有 ・ 無）			
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	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・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	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・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	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・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等		名 称				
			所在地				

世帯の 町民税 課税状況 (国保被保険 者のみ)	イ、課税()	交付年月日	令和 年 月 日	受付者	処理者
	ロ、非課税()	発効期日	令和 年 月 日		
	ハ、免除	有効期限	令和 年 月 日		
	ニ、無申告	長期入院該当	令和 年 月 日		