

限度額適用
国民健康保険 **標準負担額減額** **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	柏国	申請日	令和	年	月	日
世帯主	住所	柏原市				
	氏名	男・女	電話番号	-	-	
申請人	氏名	世帯主との続柄	電話番号	-	-	
限度額適用 減額対象者	氏名 個人番号	男・女	生年月日	S H R	年	月 日
	世帯主 との続柄	第三者 行為	該当 ・ 非該当			

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						
長期入院	該当 ・ 非該当							

保 険 者 処 理 欄									
認 定 等		認 定 区 分						年 月 日 等	
イ 住民税証明書 ロ 公簿 ハ 却下	ア <input type="checkbox"/>		イ <input type="checkbox"/>	ウ <input type="checkbox"/>	エ <input type="checkbox"/>	オ <input type="checkbox"/>	認定年月日 令和 年 月 日 長期該当年月日 令和 年 月 日		
	低所得Ⅰ		<input type="checkbox"/>	低所得Ⅱ		<input type="checkbox"/>			
	現役並みⅠ		<input type="checkbox"/>	現役並みⅡ		<input type="checkbox"/>			
	標準負担のみ		<input type="checkbox"/>						
資格 種別	一般・退本・退扶		宛名 番号	証発行	窓口（ / ） 郵送（ / ）		受付 担当		
保険料	完納確認 <input type="checkbox"/> 担当（ ）		備考 情報			内容 確認	<input type="checkbox"/>		