

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

(宛先) 中能登町長

☐ 限度額適用
 下記のとおり国民健康保険の ☐ 標準負担額減額 の認定を申請します。
☐ 限度額適用・標準負担額減額

※太枠の中のみ記入してください。

被保険者証記号番号					
申請者 (世帯主)	住 所	中能登町		申 請 日	年 月 日
	氏 名		個人番号		電 話 一
対象者	氏 名		世 帯 主 との続柄		個人番号
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		性 別	男 ・ 女
	長期入院	該 当 ・ 非 該 当		国保区分	☐ 一 般 ☐ 退職本人 ☐ 退職被扶養者
※以下の欄は、長期入院該当の認定申請を行う場合に記入してください。					
申請月を含む前1年間の入院期間			医療機関の名称		確認方法
①	年 月 日から 年 月 日まで	日間			☐ 領収書 ☐ 電話照会 ☐ レセプト ☐ 証明書等
②	年 月 日から 年 月 日まで	日間			☐ 領収書 ☐ 電話照会 ☐ レセプト ☐ 証明書等
③	年 月 日から 年 月 日まで	日間			☐ 領収書 ☐ 電話照会 ☐ レセプト ☐ 証明書等
④	年 月 日から 年 月 日まで	日間			☐ 領収書 ☐ 電話照会 ☐ レセプト ☐ 証明書等
⑤	年 月 日から 年 月 日まで	日間			☐ 領収書 ☐ 電話照会 ☐ レセプト ☐ 証明書等

事務処理欄

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)		番号関係
☐ 本人の被保険者証等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他 ()	1 点	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ プレ印字書類 ☐ その他 ()	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他 ()
	2 点	☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他 ()	