

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

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	受理番号	(第 号)
		ロ 公簿( )	交付番号	(第 号)
		却下(理由 )	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)	