

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

太枠で囲まれたところを記入してください

窓口交付 ・ 郵送 ()

【 新規・更新 / 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ・ア・イ・ウ・エ・オ 】

被保険者証記号番号		岡 6	— 般
世帯主	住所	井原市 町 番地	
	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
	個人番号		
	電話番号		
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		
申請代理人	住所		
	氏名	続柄	
	電話番号		

「低所得Ⅱ」及び「オ」に該当する方で、過去1年の間に90日以上入院があった場合のみ記入してください。

長期入院	該当・非該当		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

本人 確認	単 数	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(顔写真あり) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 本人確認票
	複 数	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 学生証・社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 住基カード(顔写真なし) <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 本人宛(現住所)郵便物 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 官公署が発行した納付書・領収書 <input type="checkbox"/> その他()