

国民健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号	記号		番号		
適用者	氏名			生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			性別	
長期入院	該当・非該当	個人番号			
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、申請します。

令和 年 月 日

世帯主 個人番号
(組合員) 住所

氏名

電話番号 ()

保険者 処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下(理由) ()	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
		差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳受理番号 (第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できる。