

様式第14号の4 (第18条の2関係)

限度額適用
 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証	記号	009	番号		一般・退本・退扶
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号			世帯主からみた 続柄	
申請日前1年間の 入院期間及び 保険医療機関名	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称			
		所在地			
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称			
		所在地			
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	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。 年 月 日 世帯主 住所 _____ (申請者) 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ - _____					
届出人が 世帯主以外の場合	住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ - _____ 世帯主からみた続柄 _____				

《以下市処理欄》

本人確認書類 (免許証 ・ パスポート ・ 住基カード ・ 保険証 ・)
 申請者 (世帯主 ・ 世帯員 ・ 代理人※) ※ 委任状 (有 ・ 無)
 収納状況 (未納なし ・ 未納あり※) ※ 納税相談 (有 ・ 無)

受付	交付	適用区分	長期該当	備考
	郵送 /	現Ⅰ ・ 現Ⅱ	有 ・ 無	
		低Ⅰ ・ 低Ⅱ		