

記載例

受付

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)高松市長
下記のとおり申請します。

認定が必要な方の枝番
を記入してください。

申請日 令和 年 月 日

記号番号		香川1	1	2	3	4	5	6	7	(枝番)	01		
認定が必要な方の名前等を記入してください。		氏名			高松 花子			生年月日			昭和 平成・令和 30年 1月 1日		
限度額減額対象者		氏名			高松 花子			個人番号			1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
世帯主(申請者)		住所			高松市 番町一丁目8番15号			個人番号			9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7		
		氏名			高松 太郎			電話番号(日中連絡先)			087-839-2311		
届出人(窓口に来られた人)		住所			高松市 番町一丁目8番15号			氏名			高松 一郎		
		氏名			高松 一郎			世帯主との続柄			同居		

長期入院	該当	非該当	※該当する場合記載してください			
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		名称			

注 ・長期入院該当の場合には、減額認定証及び領収書等の入院期間を確認できる書類等を添付して申請してください。
・交通事故等、第三者の行為による傷病の治療の場合は、別途届出が必要です。

職員記入欄								
本人確認		個人番号確認		受付		受取方法	資格	収納
確認書類 免・個・住・パ・在 保・他(高齢・通・キャ・診・) 委	確認書類 1. 番号カード 2. 番号通知カード 3. 住民票等(番号有)	確認書類 不明 拒否 他()	本庁			窓口手渡し済		
			支			出張所返し		
			出			自宅郵送		
適用区分		70歳以上【現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ】・70歳未満【アイウエオ】						