

受付

限度額適用
国民健康保険 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。

申請日 令和 年 月 日

被保険者記号番号		香川1			一般・退本・退扶		
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
					個人番号		
世帯主 (申請者)	住所	高松市					
	氏名				個人番号		
					電話番号 (日中連絡先)		
届出人 (窓口に来られた人)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(氏名のみご記入ください) <input type="checkbox"/> 代理人(下記をすべてご記入ください。)						
	住所						
	氏名				世帯主との 続柄		

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			
			所在地			
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			
			所在地			
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			
			所在地			

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。

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 委	免・個・住・パ・在	確認書類	1. 番号カード	確認書類	本庁 支・出			
	保・他(高齢・通・キャ・診)		不明					窓口手渡し済
			拒否					出張所返し
	委		3. 住民票等 (番号有)	他()		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】						