

町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係	合議 (収入係)

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

被保険者証	記号	羅白	番号		医療給付受給番号	
世帯主	住所					
	氏名		印	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
限度額適用 対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	世帯主 (組合員) 続柄			個人番号		

①	限度額認定証を必要とする主要病名	1.脳血管疾患 2.心臓疾患 3.がん 4.外科的疾患 ( ) 5.他 ( )				
	入院予定の保険医療機関など	名称				

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				
	入院した保険医療機関など	名称				
		所在				
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				
	入院した保険医療機関など	名称				
		所在				
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				
	入院した保険医療機関など	名称				
		所在				

長期入院  該当・非該当

羅白町長 様

限 度 額 適 用

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の 標準負担額減額 を申請します。

限度額適用・標準負担額減額

令和 年 月 日

申請者 住所 羅白町

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

決定年月日	令和 年 月 日
決定欄	1. 上記申請内容を審査の結果、適用 (非課税) と認められるので認定証を交付する。《区分 》
	2. 次の理由により上記申請を却下する。
	却下理由 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 保険税滞納あり