

(70歳以上用)

(前期高齢者用)

## 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|                |                   |                          |  |      |        |       |     |
|----------------|-------------------|--------------------------|--|------|--------|-------|-----|
| 被保険者証記号番号      | 香川45-             |                          |  | 長期入院 | 該当・非該当 |       |     |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名                |                          |  |      | 生年月日   | 年 月 日 | 男・女 |
|                | 個人<br>番号          |                          |  |      |        |       |     |
|                | 世帯主との続柄           |                          |  |      |        |       |     |
| ①              | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日から<br>平成 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) | 平成 年 月 日から<br>平成 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) | 平成 年 月 日から<br>平成 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申請をします。

平成 年 月 日

世帯主 住所 さぬき市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

個人番号 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

さぬき市長 大山茂樹 殿

|     |      |     |
|-----|------|-----|
| 確認欄 | 所得区分 |     |
|     | 区分Ⅱ  | 区分Ⅰ |