

(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 減額対象者	氏名								
	生年月日				世帯主との続柄				
個人番号(マイナンバー)									
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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。

令和 年 月 日

世帯主 住所 さぬき市 _____

氏名 _____

個人番号 _____

連絡先電話番号 _____

さぬき市長 大山茂樹 殿

※太枠の中のみ記入してください。(過去1年間の入院日数が90日を超えた人は①~③に記入してください。)

確認欄	所得区分				未申告			
	現役Ⅱ	現役Ⅰ	区分Ⅱ	区分Ⅰ	無	(有)	簡易申告	
							未	済
本人確認	A【個力・免許・住力(有)・旅券・身障・()】							
	B【保険・住力(無)・年金・共済・()】							
	C【学生・社員・通キャカ・クレカ・()】							
番号確認	【個力・通力・住民票写(番号入)・住民票記載事項証明書(番号入)】							