

決	課長	係長	担当
裁			

国民健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号	37 -	番号	
世帯主	住所	電話 ( )		
	氏名			
	個人番号			
減額対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	続柄
申請日前一年間の入院状況	医療機関名	医療機関所在地	入院期間及び入院日数	
			日間	
			日間	

交付年月日	令和 年 月 日	長期入院	申請日	令和 年 月 日
発行年月日	令和 年 月 日		該当日	
有効期限	令和 年 月 日			
返却年月日				

差額状況	申請日	決定番号	支出月日	医療機関名	日数	金額	摘要
		NO.			日	円	
		NO.			日	円	
		NO.			日	円	
		NO.			日	円	

申代 請理 者人	住所	世帯主との続柄 ( )			受付印
	氏名				
確 認 欄	電話 ( )				
	世帯番号	世帯人数		人	
	世帯員名				
	非課税確認				

証送付先；