

太枠内に記入をお願いします。

記入例

限度額適用

年度 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

受 身元確認	付 番号確認	滞
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 職	

被保険者証	記号	33	番号	123456		
世帯主	住所	鳥取市尚徳町116番地				
	氏名	鳥取 太郎				
	個人番号	1 2 3 4 - 1 2 3 4 - 1 2 3 4	生年月日	昭和18年1月1日	性別	男
限度額適用 減額対象者	氏名	鳥取 花子				
	個人番号	5 6 7 8 - 5 6 7 8 - 5 6 7 8	生年月日	昭和20年2月1日	性別	女
	世帯主との続柄	妻				
長期入院	該当・非該当	9 1 日 目 該 当 日	年 月 日			
種類	一般 退職本人 退職扶養					
所得区分	低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 現役並みⅠ 現役並みⅡ		境界層	該当・非該当		

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計(日間)		
1	申請日の前1年間の入院日数	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・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日 住所 鳥取市尚徳町116番地
鳥取市長 様 氏名 鳥取 太郎
電話 0000-12-3456

ここは、申請に来られた方の住所等を
記入してください。
例) 委任状あれば委任を受けた方