

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

つるぎ町長 様

被保険者記号・番号		つるぎ・	(新規・更新・再交付)			
世帯主	住所	徳島県美馬郡つるぎ町				
	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号					
	世帯主との続柄		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )			
長期入院	該当・非該当					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から 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 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 日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から 日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から 日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				

上記のとおり認定証の交付を申請します。

年 月 日

申請者	氏名	世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )			
	住所				

町記入欄	一般・退職(本・扶)	70歳未満(アイウエオ)70歳以上(低Ⅰ 低Ⅱ 現Ⅰ 現Ⅱ)
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他
	第三者行為確認欄	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他( )