国民健康保険　限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

奈良県桜井市長　　様

下記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

来庁者	住　所	電話番号（　　―　　―　　）
	氏　名	

被保険者証記号番号		奈６　－		
世帯主	氏　名		住　所	
	生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日		
	個人番号		電話番号	―　　―
対象者	氏　名		世帯主との続柄	
	生年月日	昭和 平成・令和　　年　　月　　日		
	個人番号		交通事故等の第三者行為	有　・　無

長期入院	該当　・　非該当		該当日	令和　　年　　月　　日
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		

市処理欄	適用区分	ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ		現Ⅱ　・　現Ⅰ	低Ⅱ　・　低Ⅰ
	認　定	発行期日	令和　　年　　月　　日	有効期限	令和　　年　　月　　日
	70歳到達	令和　　年　　月～　：　区分（　　）			
	却　下	令和　　年　　月　　日　（理由）			

受付		確認	