

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

被保険者番号	豊 国										
限度額適用 減額対象者	氏 名										
	生年月日	年	月	日生	性別	男・女					
	個人番号										

長期*入院
(*申請日前1年間に通算90日以上)

1 該当(下記入院状況欄ご記入ください) ・ 2 非該当

*長期入院に該当される方のみ
ご記入ください。

申請日前1年間の入院状況

医療機関名：

入院期間 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

医療機関名：

入院期間 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

医療機関名：

入院期間 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

上記のとおり申請します。なお、世帯主および世帯構成員の所得および課税の状況について、調査することに同意します。

(あて先) 豊中市長

年 月 日

住所 豊中市

電話

世帯主名

個人番号

この申請に関する 連絡先	住所	電話
	氏名	続柄*

*減額対象者から見た続柄を記入ください

市 記 載 欄		受付者	受付印
下記のとおり確認したので認定してよろしいか			
決定年月日 年 月 日			
市民税課税・非課税確認方法	1 市税台帳 2 公簿 3 保護申請却下申請書		
発効期日・有効期限※	年 月 日・ 年 月 日		
長期該当期日・有効期限	年 月 日・ 年 月 日		
年齢 歳	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ(短期・長期※) 現役Ⅰ・現役Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ(短期・長期※)	

※70歳到達者・退職者医療 65歳到達者は誕生日の月末(1日生まれは前月末)、75歳到達者は誕生日の前日まで
※長期入院の日数は、オと低Ⅱの期間中のみカウント可能

●保険料の滞納があるときは認定できないことがあります。