

国民健康保険

限 度 額 適 用

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

| | | |
|--|------------------------------|--------------------|
| 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 |
| | 個人番号 | |
| 長期*入院 (*申請日前1年間に通算91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

電話番号

世帯主名

個人番号

| | | |
|-----------------|----|------|
| この申請に関する 連絡先 | 住所 | 電話番号 |
| | 氏名 | 続柄* |

*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Ⅱ・現役Ⅰ・Ⅱ (短期・長期※)・Ⅰ |

※70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。