

決 裁	課長	補佐	係長	係

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

減 額 対 象 者	被保険者証 記号番号	香川 4 -		
	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	個人番号		世帯主との 続 柄	
	連絡先		一般・退職別	一 般 ・ 退 職

※ ここからは長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)	
	入院した医療機関等	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)	
	入院した医療機関等	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)	
	入院した医療機関等	名 称	
		所在地	

上記のとおり国民健康保険限度額適用認定証等の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所 善通寺市
(世帯主)

氏 名 ㊟

個人番号

善通寺市長 様

国民健康保険限度額認定証等を受領しました。

(受領者) 氏 名

確 認 欄	認定年月日	令和 年 月 日	適用区分 の 確 認	1 公簿
	適用区分	現役並Ⅰ・現役並Ⅱ ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・Ⅰ		2 その他()
	長期入院	該当 ・ 非該当	収納状況	