

発行期日 ( )

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

被保険者証記号番号		吹 国			
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	
長期入院	該 当 ・ 非 該 当	第三者行為 (交通事故)		有 ・ 無	
ここから下は、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年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所在地					
発 行 区 分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ			
		低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所

世帯主名  
(申請者)

個人番号

電話番号

吹田市長  
後藤 圭二 あて

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 証発行区分 ( ) 認定等年月日 (発行期日) 令和 年 月 日
	差 額 支 給	有 ・ 無	

受 付

チエック