

国民健康保険限度額適用・標準負担額適用認定申請書

一般・退職

被 保 険 者	記 号	埼 久	番 号																					
世 帯 主	住 所											電 話	( )											
	氏 名											性 別												
	個人番号																							
減 額 対 象 者	氏 名											性 別												
	生年月日												個人番号											続 柄
申 請 日 前 一 年 間 の 入 院 状 況	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地					入 院 期 間 及 び 入 院 日 数																	
							日間																	
							日間																	
							日間																	

交付年月日		長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	
発行年月日			申 請 日	
有効期限			該 当 日	
返却年月日				

差 額 状 況	申 請 日	決 定 番 号	支 出 月 日	医 療 機 関 名	日 数	金 額	摘 要
		No.			日	円	
		No.			日	円	
		No.			日	円	
		No.			日	円	

申 請 者 (代 理 人)	住 所											受 付 印
	氏 名	世帯主との続柄( )										
	電 話	( )										
確 認 欄	世帯番号						世帯人数					
	世帯員名											
	非課税確認											