

限度額適用
 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書
 標準負担額減額

記号番号		—		区分	一般・退本・退扶	
額 対 象 者	限度額適用減	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
		個人番号			世帯主との 続柄	

第三者行為 有・無

長期入院 非該当・該当 (該当年月日 年 月 日)

下記①～③は長期入院該当者のみ記入して下さい。 入院日数合計 (日間)

①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

限度額適用
 上記のとおり関係書類を添えて 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 の申請をします。
 標準負担額減額

令和 年 月 日

住所 羽咋市 町 番地

申請者 個人番号
(世帯主) 氏名

電話番号 (— —)

(あて先) 羽咋市長

届出人

住所
氏名

電話番号 (— —)

※ 確 認 欄	国保税 収納状況	適用区分		担当者印
		70歳未満	70歳以上	
	完納 一部未納	ア・イ・ウ・エ・オ	現役並みⅡ・現役並みⅠ 区分Ⅱ・区分Ⅰ	