

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

交付を申請する認定証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証				
被保険者証記号番号					
個人番号					
資格区分	<input type="checkbox"/> 一般		<input type="checkbox"/> 退職本人		<input type="checkbox"/> 退職扶養
適用区分	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ		<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ	
	70歳未満	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ		<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	
限度額適用減額対象者	氏名				世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日			

長期入院 該当 非該当

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 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)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

愛南町長 殿

受付者

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 南宇和郡愛南町

氏名

印

(記入者 氏名 (続柄))
(同世帯員のみ)

窓口に来た方の本人確認	1点確認 : <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種手帳等 2点確認 : <input type="checkbox"/> 保険証(国保・社保・介護) <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 年金証書等 <input type="checkbox"/> その他()
認定される方の番号及び本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票 上記確認書類()

