

記入例

整理番号

- 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

- 一般
 退職者本人
 退職者家族

北九州市 区長 様
 下記のとおり限度額適用減額認定を申請します。

太わく
 の中を記入してください

被保険者証記号番号		402 - 12345678		申請年月日	令和 4 年 3 月 5 日	
世帯主 (申請者)	住所	北九州市小倉北区内1-1				
	氏名	北九 太郎		生年月日	昭和55年 1 月 19 日	
	個人番号	123456789012				
限度額適用 減額対象者	氏名	北九 太郎		生年月日	昭和55年 1 月 19 日	
	世帯主との続柄	本人	個人番号	123456789012	第三者行為	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	
	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	日間
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	
	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	日間
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	
	名称					
	所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	
	名称					
	所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	
	名称					
	所在地					

決裁 令和 年 月 日

上記について下記のとおり決定してよろしいか。

担当者	係員	係長	課長

課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
減額認定	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定
認定証発効期日	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
非認定決定通知書の発行	令和 年 月 日

入院期間(通算)	日
長期入院該当	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非認定
該当年月日	令和 年 月 日
認定証押印年月日	令和 年 月 日
長期非認定決定通知書の発行	令和 年 月 日
適区分	70歳以上 <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II
	70歳未満 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ