

限 度 額 適 用

国 民 健 康 保 険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 交 付 申 請 書

限度額適用・標準負担額減額

令和 年 月 日

記 号 ・ 番 号		君 津		一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶	
世 帯 主	住 所	君津市			
	氏 名		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平 令	年 月 日
	個人番号				
	世帯主との続柄			電話番号	

境 界 層	該 当 ・ 非 該 当
-------	-----------------

長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		入 院 日 数 合 計 (日 間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から 年 月 日まで		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 日から 年 月 日まで		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 日から 年 月 日まで		日 間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		

認定証の送付先を医療機関等に変更する場合は記入してください。

送 付 先	所 在 地	
	名 称	
	電 話 番 号	

届 出 人	本人・親族(同居・別居)・代理人()	
本 人 確 認	有	免許証・マイナンバーカード・在留カード パスポート・資格確認書・診察券・通帳 キャッシュカード・他()
	無	

交付決定年月日	受付	確認1	確認2
令和 年 月 日			

事務処理欄

--	--