

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号		池国		—		一般・退本人・退扶養	
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号				
	生年月日		年 月 日		性別	男・女	世帯主との続柄
長期入院		該当・非該当		第三者の行為による受傷		はい・いいえ	
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				
③	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				

池田市長様

年 月 日

世帯主住所

氏名 印

電話番号

届出人 上に同じ

氏名 印

続柄（ ）

発送日	受領印
/	

適用区分		発効期日		備考	
ア イ ウ エ オ		年 月 日			
I II 現I 現II					
決裁	課長	担当		台帳	受付