

限度額適用
国民健康保険 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

別府市長 あて

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号		べっぶ		申請日	令和	年	月	日
世帯主 (申請者)	住所	(〒 -)						
	氏名			生年月日	昭・平・令	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			適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・Ⅱ・Ⅰ			
長期入院		該当 ・ 非該当		入院日数合計			日間	
①	申請日の前一年間の 入院期間(日数)			年 月 日 から		日間		
	入院をした保険医療機関			名称		所在地		
②	申請日の前一年間の 入院期間(日数)			年 月 日 から		日間		
	入院をした保険医療機関			名称		所在地		
③	申請日の前一年間の 入院期間(日数)			年 月 日 から		日間		
	入院をした保険医療機関			名称		所在地		
代理人 ※世帯主本人 以外が申請 する場合	住所							
	氏名							
	電話	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> その他(世帯主から見た関係:)						

身元確認		番号確認	
Ⅰ 個力・運免・バス・住カ・障手・在カ・他()		<input type="checkbox"/> 提示有り 個力・通カ・住民票・他()	
Ⅱ 健保・介保・年手・他() + Ⅱ 健保・介保・年手・他()		<input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名、CS、)	
Ⅱ 健保・介保・年手・他() + Ⅲ 納通・他()		代理権確認	
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真 記号番号 期限/交付日 . .		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(コピー添付)	

第三者行為	有 ・ 無
-------	-------

受付者名	
出張所	保険年金課