

- 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		—		申請年月日		令和 年 月 日	
世帯主 (申請者)	住所						
	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		
	世帯主との続柄		個人番号			第三者行為	有・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