

国民健康保険

限度額適用

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証の記号・番号		志 木 ・									
減 額 対 象 者	氏 名										
	生年月日	昭和	年	月	日	世帯主 との続柄					
	個人番号										

※下記の入院欄は(1)住民税非課税世帯で、(2)過去1年の入院期間が91日以上の場合は、「該当」となりますので必要事項を記入して下さい。それ以外の場合は「非該当」となり、記入は不要です。

長期入院		<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当									
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									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(宛先)志木市長

世帯主 (申請者) 住 所
 氏 名
 個人番号
 電話番号

※申請者が別世帯の場合、郵送となります。

確 認 欄	納 税	所 得 区 分	交 付
		現 I・現 II I・II	作成渡 郵送

課 長	グループ リーダー	主 査	主 査	担 当