

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

被保険者記号番号	阪南国		交通事故(有・無)
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		
長期入院 (申請日前1年間に 通算90日以上)	1. 該当 2. 非該当		
長期入院に該当される方のみご記入 ください。 申請日前1年間の 入院状況	医療機関名：		
	入院期間	年 月 日～	年 月 日 (日間)
	医療機関名：		
	入院期間	年 月 日～	年 月 日 (日間)
	医療機関名：		
	入院期間	年 月 日～	年 月 日 (日間)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 阪南市長

住 所 阪南市 _____

世帯主氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 (- -)

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

処理欄

<input type="checkbox"/> 収納確認	<input type="checkbox"/> 交付時ダブルチェック	
年齢区分	<input type="checkbox"/> 70歳未満	<input type="checkbox"/> 70歳以上
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ
<input type="checkbox"/> 外国人確認(国保資格取得から1年以内 → 通知制度)		