

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	性別	男・女		
	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 ( - - )

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)		