

太線の枠内だけご記入ください。

国民健康保険

限度額適用認定申請書(高齢受給者用)

限度額適用・標準負担額減額

(宛先) 名古屋市_____区長

令和_____年_____月_____日

申請者(世帯主) 住所 名古屋市_____区_____

氏 名 _____

個人番号(マイナンバー) _____

電 話 (_____) _____

次のとおり申請します。

記 号		番 号	
認 定 を 受 け る 被 保 険 者	氏 名		
	個 人 番 号 (マイナンバー)		
	生 年 月 日	昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

長期入院
該 当 の
有 無

(いずれかに○を)
1 限度額・減額認定証Ⅰに該当します。
2 申請月の末日から過去1年間の入院日数の合計が90日を超えています。
3 上記には該当しません。

2 に ○ を つ け た 場 合 記 入	申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした医療機関の名称及び所在地	
	年 月 日から	日間	(名称)	
	年 月 日まで		(市町村名)	
	年 月 日から	日間	(名称)	
	年 月 日まで		(市町村名)	
	年 月 日から	日間	(名称)	
	年 月 日まで		(市町村名)	
	年 月 日から	日間	(名称)	
	年 月 日まで		(市町村名)	

決裁 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	限度額適用認定証発効日 _____ 月 _____ 日	
	☐ 1 新規(. .)交付 ☐ 2 再発行(. .)交付 認定区分(現役並みⅠ・現役並みⅡ)	←限度額適用認定証を交付したとき
	限度額適用・標準負担額減額認定証発効日 _____ 月 _____ 日	
備 考	☐ 3 新規(. .)交付 ☐ 4 再発行(. .)交付 認定区分(Ⅰ・Ⅱ)	←限度額適用・標準負担額減額認定証を交付したとき
	長 期 入 院 該 当 日 _____ 月 _____ 日	
	☐ 5 新規(. .)交付	←認定証Ⅱ未交付で申請時に長期入院に該当したとき
	☐ 6 追 記(. .)交付 ☐ 7 再発行(. .)交付	←交付済の認定証Ⅱに長期入院該当日を追記したとき