

様式第17号(第20条関係)

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		み 利 A			
減額対象者	氏 名			性別	男・女
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		世帯主と の続柄	
	個 人 番 号				
適用区分		長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		
		長期入院該当年月日	年 月 日		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	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 年 月 日まで 日間			
	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 年 月 日まで 日間			
	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

申請者(世帯主)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

利府町長 殿

保険税の滞納状況	有 ・ 無	納税相談	済
----------	-------	------	---

本人確認欄	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> 保険証、 <input type="checkbox"/> 診察券、 <input type="checkbox"/> _____ )	