

**兵庫県国民健康保険**      **限度額適用**  
**標準負担額減額**      **認定申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

被保険者番号				
対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
長期入院		該当・非該当	91日目該当日	年 月 日
所得区分	70歳未満	(ア・イ・ウ・エ・オ)		
	70歳以上	(低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ)		
			境界層	該当・非該当

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください		入院日数合計 ( 日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から		
		年 月 日まで	日間	
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から		
		年 月 日まで	日間	
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から		
		年 月 日まで	日間	
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所 豊岡市

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

委任欄 (代理人が申請書の提出及び認定証の受領をする場合のみ)

申請を下記の者に委任します。			
委任者 (世帯主)	氏名	_____	
受任者 (代理人)	住所	_____	
	氏名	_____	
	電話番号	_____ - _____	世帯主との続柄 _____

※市記載欄

特記事項	本人確認欄	証交付	窓口・郵送
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 国保税未納 <input type="checkbox"/> 受付者	有・無