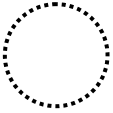


限 度 額 適 用  
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書  
限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住 所 岐阜市  
(世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
個人番号 ( \_\_\_\_\_ )  
届出人※ 氏 名 \_\_\_\_\_  
個人番号 ( \_\_\_\_\_ )  
※世帯主と届出人が同一人の場合は、記入不要  
(電 話 \_\_\_\_\_ )



限 度 額 適 用  
下記の被保険者について 標 準 負 担 額 減 額 認 定 を 申 請 し ます。  
限度額適用・標準負担額減額

なお、税の申告、世帯異動等による世帯所得区分の変更及び認定証交付基準を満たさなくなった場合は、速やかに認定証を返還します。

また、岐阜市が医療機関に認定証の記載内容の変更を連絡することに同意します。

記号番号	区 分 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	宛名番号
氏名	生年月日		個人番号
入院(予定)保険医療機関名		長期入院該当	
入院(予定)期 間		年 月 日から	

ここからは、長期入院該当者のみ記入してください。

保険医療機関等の領収書等、入院期間を確認できる書類を添付してください。

1	申請日前1年間の入院日数	年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等の名称・所在	年 月 日まで	
2	申請日前1年間の入院日数	年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等の名称・所在	年 月 日まで	
3	申請日前1年間の入院日数	年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等の名称・所在	年 月 日まで	

決 裁	年 月 日	課長	認定してよろしいか。
起 案	年 月 日		
交付日	年 月 日	発効期日 年 月 日	受付番号
		有効期限 年 月 日	

※保険料に未納がある場合認定証が交付されないこと説明済。 受付 事務所 ( \_\_\_\_\_ )  
( 国保 \_\_\_\_\_ に未納確認済 )