

国民健康保険
限度額適用認定証
交付申請書
限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者証記号・番号		高国・					
世帯主	住所						
	氏名			生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号			
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為			有・無		
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年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
	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）	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
	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）	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
所在地							
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
所在地							
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
所在地							

令和 年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

(宛先) 高槻市長

申請者 住所 _____

(世帯主)

氏名 _____ 電話番号 _____