

# 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

原村長 様

年 月 日

申請者（世帯主） 住 所 氏 名 個人番号 電 話	窓口に来た方 ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 氏 名 世帯主と の続柄
---------------------------------------	---

下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。  
 なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者の記号番号			
限度額適用減額対象者	氏 名		世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日	
	個人番号		
長期入院（90 日以上）	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)

	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日から ( 日間)		年 月 日まで	( 日間)
①	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				

処 理 欄	本人確認	区 分	滞納状況	確認者
	個カ・免・旅・在カ・資・年金・通・診・その他 ( )	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅱ・低Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅰ		