

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

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名			生年月日	
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	
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			

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。

市長
福田 浩 殿

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主 氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

住所 _____

申請者 氏名 _____

続柄 _____

処理欄	認定等	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	適用区分 (前期)	現役並み I・II・III 低所得 I・II
		認定期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	
		退職期日	令和 年 月 日	以降は「400168」 ゴム印押印漏れ注意!	
備考欄					