

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

被保険者証	記号		番号	
世帯主	住所			
	氏名			
	個人番号		生年月日	年 月 日 男・女
限度額適用減額対象者	氏名			
	個人番号		生年月日	年 月 日 男・女
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	令和 年 月 日	
種 別				
所 得		境界層	該当・非該当	

ここから下は長期入院該当のみ記入して下さい。		入院日数合計( 日間)	
1	申請日前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
2	申請日前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
3	申請日前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	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国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所  
氏 名  
電 話 — —