

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		-	
住 所		(下記世帯主住所に同じ)	
世帯主の氏名		生年月日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	
交付対象者	個人番号	生年月日	男・女
	氏 名	昭・平 年 月 日	
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ 年 月 日 (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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日 丁 一

住 所

世帯主

氏 名

個人番号

一 関 市 長 殿

(電話番号 一)

市処理欄	認定方法	課税台帳 その他()	受理番号	号	決 裁		
			認定日				
	証交付状況	ア イ ウ エ オ I II			課長	係長	担当
	差額支給 有 ・ 無						