

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
		昭・平・令 年 月 日	
交付対象者	個人番号	生年月日	男・女
	氏名	昭・平・令 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	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	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	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	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	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。

令和 年 月 日 日 一

住所

世帯主

氏名

個人番号

(電話番号 -)

一 関 市 長 様

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	課長	係長	担当	
	現 I 現 II 低 I 低 II					
	差額支給	有 ・ 無				