

**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		-		
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				