

年度 国民健康保険 限度額適用 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	性別
限度額適用 減額対象者	氏 名					
	個 人 番 号			生年月日	年 月 日	性別
	世 帯 主 と の 続 柄	世帯主				
長期入院	該 当 ・ 非 該 当	9 1 日 目 該 当 日		年 月 日		
種 類	一般 退職本人 退職扶養					
所得区分	低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 現役並みⅠ 現役並みⅡ			境 界 層	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	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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。	
年 月 日	住 所
	世帯主 氏 名
	電 話