

年度 国民健康保険 限度額適用
 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	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			
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	ア イ ウ エ オ			

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