

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					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名	個人番号			
	世帯主との続柄	本人	生年月日	年	月
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ください。			入院日数合計 ( 日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 印 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_