

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					
	個人番号		生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号		生年月日	年	月	日
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当	91日目該当日		年	月	日
種類						
所得区分						

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	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	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	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 () ー

知立市長 様

記載例

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

保険証に記載の記号番号

〇〇〇-〇〇〇

被保険者証	記号	番号
世帯主	住所	世帯主の住所を記載
	氏名	世帯主の氏名を記載
	個人番号	生年月日 年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名	限度額証発行希望者の氏名を記載
	個人番号	生年月日 年 月 日
	世帯主との続柄	

長期入院	該当・非該当	91日目該当日	年 月 日
種類			
所得区分			

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	記載不要です	
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。

世帯主の情報を記載し、押印

住所

世帯主 氏名

印

電話 ()

—

知立市長 様