

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					
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	生年月日	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)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			

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。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名
(申請者) _____

電話番号 _____

個人番号

世帯主及び対象者の個人番号を取得することに
同意する
氏名

認定等 処理欄	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
	ロ 保護申請却下通知書	受付番号 (第 号)
ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	認定等年月日 令和 年 月 日	
	差額支給 有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)
所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II	

【A】

世帯主情報を記入

【B】

対象者の情報を記入

【C】

届出(郵送)日、申請者情報を記入

【E】

対象者の個人番号
(マイナンバー)が
不明の時、申請者が
署名

【郵送申請する際の必要書類】

- 1) 申請書 … 【A】～【D】(または【E】)までを御記入ください。
- 2) 本人確認書類(写し)… 申請者及び対象者の本人確認書類(写し)を御添付ください。

～ 御注意ください ～

郵送申請は市に届いてから、内容確認の上、世帯主様宛に送付します。

郵送の関係上、到着までに日数をいただきますので御了承ください。