

国民健康保険 限度額適用
 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	—			
世帯主	住所			
	氏名	印	性別	男・女
	電話番号	() —		
	個人番号			
減額対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号			
申請者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主又は減額対象者と同じ		
	氏名	印		
	電話番号	() —		

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。

確認	領収書・証明書・給付記録		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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～ 年 月 日 (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～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

※町記入欄

確認欄	区分	一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族			
	69歳以下	区分ア	区分イ	区分ウ	区分エ 区分オ
	70歳以上	現役Ⅱ	現役Ⅰ	低所得Ⅱ	低所得Ⅰ
	交付方法	窓口交付 ・ 郵送交付			
	備考				