

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	☐ 世帯主又は減額対象者と同じ		
	氏 名	☐ 世帯主又は減額対象者と同じ 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			
	6 9 歳以下	： 区分ア	区分イ	区分ウ	区分エ 区分オ
	7 0 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	：			