

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

(一般・退職本人・退職扶養)

(若年・前期高齢者)

年 月 日

被保険者証記号番号		国札		_____									
世帯主	個人番号												
	住所												
	氏名				生年月日	年 月 日生							
対象者	個人番号												
	氏名				生年月日	年 月 日生							
	世帯主との続柄				長期入院	該 当・非該当							
区分	申請日の前1年間の入院期間(日数)				入院をした保険医療機関等								
①	年 月 日から			日間	名 称								
	年 月 日まで				所在地								
②	年 月 日から			日間	名 称								
	年 月 日まで				所在地								
③	年 月 日から			日間	名 称								
	年 月 日まで				所在地								
④	年 月 日から			日間	名 称								
	年 月 日まで				所在地								
⑤	年 月 日から			日間	名 称								
	年 月 日まで				所在地								

所得区分判定欄	ア・イ・ウ・エ・オ・I・II	確認印	
---------	----------------	-----	--

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。