

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

令和 年 月 日

被保険者番号		区 分	一般・退職（本人・扶養）・70歳以上		
世 帯 主	住 所	電 話			
	氏 名		個 人 番 号	-	-
	(署名又は記名押印)				
限 度 額 適 用 者 減 額 対 象 者	氏 名		個 人 番 号	-	-
	世帯主との続柄		年 齢	生 年 月 日	

長期入院欄は、市民税非課税世帯の方で申請月以前1年間の入院期間が91日以上の場合に該当を○で囲み、下記を記入してください（入院日数が分かる領収書等の添付が必要になります）。

長期入院	該当 ・ 非該当				
	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	令和 年 月 日から	名 称			
	令和 年 月 日まで 日間	所在地			
②	令和 年 月 日から	名 称			
	令和 年 月 日まで 日間	所在地			
③	令和 年 月 日から	名 称			
	令和 年 月 日まで 日間	所在地			
④	令和 年 月 日から	名 称			
	令和 年 月 日まで 日間	所在地			

※【保険者使用欄】		宛名番号			
納 税 状 況	滞納等：70歳以上・無・有（納付額 円）→全額・一部・特				
交 付 年 月 日	令和 年 月 日	備 考	受 付 印		
発 効 期 日	令和 年 月 日				
有 効 期 限	令和 年 月 日				
限度額適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ				
長 期 入 院	令和 年 月 日				
却 下 年 月 日	令和 年 月 日				