

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

年 月 日

被保険者証記号・番号		紋			一般・退本・退扶 前期高齢者(一般)	
申請者 (世帯主)	住所	(電話番号 - -)				
	氏名				印	男・女
	生年月日	年 月 日	個人番号			
減額対象者	氏名				男・女	
	生年月日	年 月 日	個人番号			
	世帯主との続柄		長期入院	該当・非該当		
適用区分	(70歳未満) ア・イ・ウ・エ・オ		(70歳以上) 現役並みⅡ・現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅰ			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から		日間	
			年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から		日間	
			年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から		日間	
			年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から		日間	
			年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				

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ます。