

**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**

下記のとおり申請します。

被保険者証	記号番号	小									
世帯主	住所	電話 (      )									
	氏名	(印) <small>(署名または記名押印)</small>									
	個人番号										
減額対象者	氏名									区分	
	生年月日	年	月	日	個人番号					続柄	
申請日前一年間の入院状況	医療機関名	医療機関所在地				入院期間及び入院日数					
						年	月	日	日間		
						年	月	日	日間		
						年	月	日	日間		

注意 「申請日前の一年間の入院状況」欄は、住民税非課税世帯の人で入院日数が合計90日を越える場合のみ記入して下さい。

交付年月日	年	月	日	長期入院				
発行年月日	年	月	日		申請日	年	月	日
有効期限	年	月	日		該当日	年	月	日
返却年月日	年	月	日					

差額状況	申請日	決定番号	支出月日	医療機関名	日数	金額	摘要	
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		ア・イ・ウ・エ・オ 未・低I・低II・現I・現II
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		

確認欄	・課税台帳 ・住民税申告書 ・その他 (                      )	確認者印 (印)	受付印
			(印)

証送付先；〒 \_\_\_\_\_ 申請者： \_\_\_\_\_ (      )