

記載例

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

被保険者番号	1234567	申請年月日	年 月 日
世帯主	住所	加東市社〇〇〇番地〇 〇〇アパート〇〇号 (電話〇〇〇-〇〇 -〇〇〇〇)	
	氏名	加東 太郎	生年月日 大正 昭和 平成 33年7月2日
	個人番号	001234567890	
限度額適用減額対象者	氏名	加東 花子	生年月日 昭和 平成 令和 34年10月2日
	個人番号	098765432100	
	世帯主との続柄	妻	長期入院 該当・非該当 (申請日前1年の入院期間が90日以上)
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 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年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等		

申請前1年の間に入院期間が90日以上ある場合は、該当を○で囲み、その下の欄に入院期間や病院名をご記入ください。長期入院で新規申請の場合は領収書の提示が必要です。

市処理欄	受付者	認定確認	月 日 公簿により確認
	個人番号	<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認	第三者行為 有・無
	届出者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> 代理人	
	本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	