

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日		
	個人番号				
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無		
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年 月 日 から	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	日間
	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
	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
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

年 月 日
申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。