

キリトリ線

限度額適用  
年度 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

被保険者証	記号		番号	00000000			
世帯主	住所	小矢部市本町1番1号					
	氏名	小矢部 太郎					
	個人番号	1111 1111 1111	生年月日	昭和30年1月1日	性別	男	
限度額適用 減額対象者	氏名	小矢部 花子					
	個人番号	2222 2222 2222	生年月日	昭和30年2月2日	性別	女	
	世帯主との続柄	妻					
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	年 月 日				
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 退職本人	<input type="checkbox"/> 退職扶養				
所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ	境界層	該当・非該当

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計( 日間)	
1	申請日の前1年間の入院日数	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	
3	申請日の前1年間の入院日数	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	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日	
世帯主 住所	小矢部市本町1番1号
氏名	小矢部 太郎
届出者 氏名	小矢部 太郎
電話	0766 - 67 - 1760

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> その他( )
------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------