

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				
世帯主	住所						
	氏名						
	個人番号		生年月日		性別		
限度額適用 減額対象者	氏名						
	個人番号		生年月日		性別		
	世帯主との続柄						
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	年 月 日				
種類	一般 退職本人 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

住所
世帯主 氏名
氏名
届出者 電話

本人確認 運転免許証 マイナンバーカード 被保険者証 その他()