

受付印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

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

記号・番号		枝番			
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月 日	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	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 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	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 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	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 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	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 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	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 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	名称			
		所在地			

年 月 日

市区町村が 証明する欄	課税状況 適用区分	課税・非課税 ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II	国保税の滞納 有・無
市区町村長名			印

国保担当確認 印

受付印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
被保険者証の番号と枝番を記入
してください。
限度額適用・標準負担額減

記号・番号	1234567	枝番	01		
世帯主	住所	長崎県壱岐市芦辺町芦辺浦562番地			
	氏名	壱岐 国保	生年月日	昭和43年 2月 1日	
	個人番号	1234 5678 9012			
限度額適用 減額対象者	氏名	壱岐 国保	生年月日	昭和43年 2月 1日	
	個人番号	1234 5678 9012			
	世帯主との続柄	本人			
長期入院	該当・非該当	第三者行為	世帯主の住所・氏名・生年月日・個人番号、認定証の発行を希望される方の氏名・生年月日・個人番号・続柄を記入してください。 (個人番号が不明の場合は空欄可)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)				
①	入院をした保健医療機関等	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 日間で	日間
		②	入院をした保健医療機関等	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 日間で	日間
		③	入院をした保健医療機関等	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 日間で	日間
		④	入院をした保健医療機関等	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 日間で	日間
		⑤	入院をした保健医療機関等	名称	
	所在地				

市区町村が 証明する欄	課税状況 適用区分	課税・非課税 ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II	国保税の滞納 有・無
	市区町村長名		印

年 月 日
国保担当確認 印