

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額



被保険者証番号	香川5	1	2	3	4	5	6								
住所	観音寺市 ○○ 町 一丁目2番3号														
世帯主氏名	観音寺 太郎			印	電話 0123 - 45 - 6789										
減額対象者	氏名	観音寺 一郎			生年月日	昭平令 15年7月10日	男 ・女								
	世帯主との続柄	子		個人番号	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5
長期入院	該当・ 非該当			←(申請時点で過去12ヶ月以内の入院日数が90日を超えるかどうか)											

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	名称	記入不要	
	所在地			
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	名称		
所在地				

申請日	令和 ○年 ○月 ○日	申請者氏名	観音寺 花子											
交通事故等の第三者行為による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	どちらかに✓をつける	個人番号											
			0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
交付方法	窓口・郵送	送付先住所	住民票の住所と異なる場所への郵送を希望される場合は、こちらにご記入ください。											
	どちらかに○をつける	(住所と異なる場合に記入)												

後期、前期、退、納税、所得区分(未申告者)、非課税の長期該当、非自発	
窓口交付済	記入不要
郵送済	年度分 交付日
未申告、所得不明	有 無 発効期日 ~ 有効期限