

**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**

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日		大・昭・平・令 年 月 日	
	個人番号				
減額対象者	氏名	生年月日		昭・平・令 年 月 日	
	世帯主との続柄	電話	—		
	個人番号				

長期入院	該当・非該当	該当日	令和 年 月 日から
------	--------	-----	------------

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 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）	令和 年 月 日から 令和 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年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		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）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

処理欄	資格	判定区分			収納状況	担当者印	
		若年者		前期非課税			前期現役
	一般	ア	エ	区分Ⅱ	区分Ⅱ	完納	
	退本	イ	オ	区分Ⅰ	区分Ⅰ	未納有	
	退扶	ウ					
番号確認	□本人提示による □本人同意により職員が確認						
本人確認	□運転免許証 □個人番号カード □住基カード □その他( )						

# 記入例

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

被保険者証記号番号		599999		
世帯主	住所	江南市赤童子町大堀90番地		
	氏名	江南 太郎	生年月日	大・昭平・令△年□月○日
	個人番号	1234 5678 9012		
減額対象者	氏名	江南 花子	生年月日	昭平・令△年□月○日
	世帯主との続柄	子	電話	54-1111
	個人番号	1234 5678 9012		
長期入院	該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当	該当日	令和 年 月 日から	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
<p><b>【住民税非課税世帯の方】</b></p> <p>・長期入院の「該当」又は「非該当」を記入してください。</p> <p>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間で90日を超えて入院している場合のこと。</p> <p>・長期入院が「該当」となった方は、①～④について記入してください。</p>				
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地		

処理欄	資格	判定区分			収納状況	担当者印
		若年者		前期非課税		
	一般	ア	エ	区分Ⅱ	区分Ⅱ	完納
		イ		区分Ⅰ	区分Ⅰ	
	退本	退扶	ウ	オ	区分Ⅰ	区分Ⅰ
番号確認	□本人提示による □本人同意により職員が確認					
本人確認	□運転免許証 □個人番号カード □住基カード □その他( )					