

記入例

記載箇所：赤枠部分を記入してください

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

被保険者証記号番号		な・ 0123456	
世帯主	氏名	那珂川 太郎	世帯主の住所 那珂川市 西隈1-1-1
	生年月日	昭和30 年 1 月 1 日	
	個人番号	*****	
限度額適用 減額対象者	氏名	那珂川 花子	世帯主との続柄 妻
	生年月日	昭和35 年 4 月 1 日	
	個人番号	*****	

長期入院		(該当 ・ 非該当)	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から 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)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和〇 年 〇 月 〇 日

(あて先) 那珂川市長

申請者 住所 **那珂川市西隈1-1-1**
 氏名 **那珂川 太郎**
 個人番号 *********

市町村 処理欄	認定方法	イ.市町村民税非課税証明書 ロ.保護申請却下通知書 ハ.公簿() ニ.却下(理由:)	受理番号 (第 号) 月 日
	差額支給	有 ・ 無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)

(注) 申請者=世帯主です。