

【 記 入 例 】

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号		01234567		
世帯主	氏 名	〇〇 〇〇	世帯主の住所	三原市〇〇●丁目●番●号
	生 年 月 日	●年●月●日		
	個 人 番 号	1234567890		
限度額適用 減額対象者	氏 名	●● ●●	世帯主との続 柄	〇〇
	生 年 月 日	●年●月●日		
	個 人 番 号	2345678901		

既に「限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分:才, 区分Ⅱ)」の交付を受けている方で、申請前の1年間で91日以上入院している場合、「該当」に○をして、入院日数、保険医療機関等を記入。(この場合、入院期間がわかるもの(領収書等)を添付)

世帯主と認定証が必要な方の情報を記入。

長期入院		(該当 ・ 非該当)
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	

上記のとおり関係資料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。

●年●月●日
三原市長 岡田 吉弘 様

申請日を記入

住所 三原市〇〇●丁目●番●号
世帯主 (申請者) 氏名 〇〇 〇〇
個人番号 1234567890
(申請代理者名)
電話番号 (0848)66-0000

世帯主の情報を記入
(代理者が申請する場合は代理者名も記入)