

【 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 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		
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)