

**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**

令和 年 月 日

空知中部広域連合  
連合長 三本英司様

住所 歌志内市字 \_\_\_\_\_

申請者  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、限度額適用／標準負担額減額／限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

記号	歌志内	番号		一般 退職者	の別	(一般)	退職者 (本人・扶養者)
世帯主	住所	歌志内市字					
	氏名		生年月日	年 月 日		男・女	
			個人番号				
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日		男・女	
			個人番号				
	世帯主との続柄		区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ		
長期入院	該当・非該当			70歳以上	現役Ⅰ・現役Ⅱ	低Ⅰ・低Ⅱ	
※ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 日間			
①	申請日の前1年間の入院日数	〇 年 月 日～〇 年 月 日 ( 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年間の入院日数	〇 年 月 日～〇 年 月 日 ( 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年間の入院日数	〇 年 月 日～〇 年 月 日 ( 日間)					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

保険者処理欄	認定等	イ 町民税非課税証明書	受理番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
		ハ 公簿( )	認定等年月日
		ニ 却下( )	令和 年 月 日
	差額支給	有・無	