記　載　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

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　本町５番地
申請者
（世帯主）氏　名　歌志内　太郎

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	１２３４５	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	歌志内　太郎	生年月日	昭和　33年3月3日	男・女	
			個人番号			
減額対象者	氏　名	歌志内　花子	生年月日	昭和　44年4月4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	令和　年　月　日～令和　年　月　日（　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	※添付書類 90日以上入院された方は領収書が必要です
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院日数	令和　年　月　日～令和　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	令和　年　月　日～令和　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 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公　簿（　　） ニ　却　下（　　）	受理番号（第　　号） 交付番号（第　　号） 認定等年月日 令和　年　月　日
	差額支給	有・無	