

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

(宛先) 松本市長

〇年 〇月 〇日

申請者(世帯主)

窓口に来た方

住所 松本市大字〇〇12345番地

※世帯主の場合、記入は不要です。

氏名 松本 太郎

氏名

個人番号 △△△△△△△△△△△△△△

世帯主との続柄

電話 0263-34-9999

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者証の記号番号	松国 12〇〇〇〇〇7	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族		
限度額適用減額対象者	氏名	松本 花子	世帯主との続柄	妻
	生年月日	H2 年 1 月 1 日		
	個人番号	□ □ □ △ △ □ △ □ △ △ △ □		
長期入院(90日以上)	該当・非該当		交通事故等の第三者行為	有・無

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 (113日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 8 月 10 日から (113日間) 年 11 月 30 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 医療法人〇〇病院 所在地 松本市中央1-〇-1
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から (日 間) 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から (日 間) 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から (日 間) 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から (日 間) 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

申請者本人確認欄(氏名)	受付
番号カード・運免・保険・通帳・領収書・その他()	
【 】	

発行日	.	.
未発行		滞納 有・無