

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

記号番号							
世帯主	住所						
	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号						
	世帯主との続柄				交付年月日	令和	年 月 日
長期入院	該当・非該当	該当年月日	令和	年 月 日	発効期日	令和	年 月 日
1	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					
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					

担当者チェック欄

個人番号	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認(<input type="checkbox"/> 補記)	本人確認	<input type="checkbox"/> 確認済
区分	<input type="checkbox"/> ア 901万超 <input type="checkbox"/> イ 600万超 <input type="checkbox"/> ウ 210万超	非自発的失業 区分変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () → ()
	<input type="checkbox"/> エ 210万以下 <input type="checkbox"/> オ 非課税		
	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	同月内資格異動に伴う区分変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
資格	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶	滞納(上位のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
申告確認	<input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 所得照会	交通事故等の第三者行為	有・無

有効期限	令和 年 月 日	受付担当者	
------	----------	-------	--