

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

坂城町長 様

年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所 坂城町大字

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

㊞

氏 名

㊞

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と  
の続柄

.....

電 話

.....

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	さかき・		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		男・ 女	世帯主と の続柄														
	生年月日	昭和 平成	年	月	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 （ 日間）

	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	（ 日間）
①	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで	
		名称			
②	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで	
		名称			
③	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで	
		名称			
④	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで	
		名称			
⑤	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで	
		名称			

収納確認  受付者