

# 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 記号番号	さかき・				1. 一般				
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）

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			年	月	日から	( 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年間の入院期間 (日数)			年	月	日から	( 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年間の入院期間 (日数)			年	月	日から	( 日間)
	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)
	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)
	入院をした保険医療機関等	名 称					
		所在地					

収納確認  受付者