No.					
				適　用　区　分	
課　長	係　長	係	確認者	前期高齢者	一般　・　退職
				現Ⅰ　現Ⅱ 低Ⅰ　低Ⅱ	ア　イ　ウ　エ　オ

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

平成　　年　　月　　日

世帯主	記号番号	武国保	個人番号		男・女
	住　所				
	氏　名	㊞	生年月日	年　月　日	
申請者	住　所				
	氏　名	㊞	生年月日	年　月　日	
	電話番号		個人番号		男・女
	世帯主との続柄				
減額対象者	氏　名		生年月日	年　月　日	
	世帯主との続柄		個人番号		男・女

長期入院	該当　・　非該当	第三者行為（交通事故等）	有・無

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

医療機関		入院日	
納付確認	無　・　有　（　　）		

H30.8版