

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

被保険者 記号・番号		減額対象者		世帯主 との続柄
個人番号		生年月日	年 月 日	

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 年 月 日まで	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 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		
(注) 長期入院該当の申請については これを証明する書類を添付してください。			入院期間計	日間

限 度 額 適 用
上記のとおり国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 の 交 付 を 申 請 し ます。
限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

世帯主 住 所

綾部市長 様

氏 名

電話番号

個人番号

次の欄には記入しないでください。

交付年月日	年 月 日	発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日

処 理 欄	世帯内の被保険者名		非課税期間調査	
			申請のあった年度で非課税に該当する月の初日	
			年度	
			8・9・10・11・12・1・2・3・4・5・6・7	
	減額認定	長期該当		確認方法
・認定	・入院91日目(非課税該当のみ通算) 年 月 日		・領収書 ・レセプト	有
・却下	・非該当による認定取消日 年 月 日(証回収・未回収)		・医療機関 ・その他	無
第三者行為の有無			有 ・ 無	