

# 記入例

限度額適用  
 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	綾 0000 -00000	減額対象者 生年月日	綾部 太郎	世帯主 との続柄	本人
個人番号	000000000000		昭和00年0月0日生		

**認定証を申請される方の**証の記号番号、個人番号（12ケタのマイナンバー）、氏名、生年月日、続柄をご記入ください。

①	申請日の前1年間 入院をした保険医療機関等	所在地	年 月 日から 年 月 日まで	日間
②	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	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

上記のとおり国民健康保険 限度額適用  
 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

令和〇年 〇月 〇日

**世帯主様**のご住所、氏名、電話番号、個人番号をご記入ください。

世帯主 住所	綾部市〇〇町〇〇番地
氏名	綾部 太郎
電話番号	0773-△△-XXXX
個人番号	000000000000

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	差額支給
認定証の申請理由が、第三者の行為（交通事故等）による場合は「有」、それ以外（ご病気等）の場合は「無」に〇（マル）をしてください。				
第三者行為の有無		有 ・ 無		