

<記入例>

**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

下諏訪町長 様

No. _____

日付の記入をお願いします

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方 ※ 世帯主の場合、記入は不要です。
 ※ 郵送の場合は、記入される方

住 所 **下諏訪町4613番地8**

住 所 **同左**

氏 名 **小 口 一 郎**

氏 名 **小 口 花 子**

個人番号

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

世帯主との続柄 **子の妻**

電 話 **0266-27-1111**

電 話 **090-0000-0000**

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	しもすわ ・ 1 2 - 3 4 5		<input checked="" type="radio"/> 1. 一般 <input type="radio"/> 2. 退職本人 <input type="radio"/> 3. 退職家族												
限度額適用減額対象者	氏 名	小 口 太 郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	世帯主との続柄 子											
	生年月日	S ○ 年 ○ 月 ○ 日													
	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
長期入院（90日以上）	該 当 ・ <input checked="" type="radio"/> 非該当		交通事故等の第三者行為	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	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						

本人確認	・ 免 ・ 個カ ・ その他（ ）
個人番号確認	1. 個カ 2. 通カ 3. 住写 4. 提供 5. （ ）