

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. _____

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

住 所

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の 続 柄

電 話

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	し も す わ ・ —																	
限度額適用 減額対象者	氏 名											世帯主と の 続 柄						
	生 年 月 日	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 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. （ ）