

＜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. _____

記入日

○ 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

氏 名 下諏訪 一 郎

氏 名

個人番号

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

世帯主と
の 続 柄

電 話 0266-27-1111

電 話

限度額証が必要な方を

記入してください。

認定証の交付を申請します。

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	しもすね	1 2 - 3 4 5				
限度額適用 減額対象者	氏 名	下諏訪 太 郎			世帯主と の 続 柄	子
	生年月日	S O 年 O 月 O 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）
	氏 名	称	
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	

該当がない場合は
記入不要です。

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. （ ）