

記入例

必要事項を記入してください。

90日を超える長期入院に該当される場合は、領収書を添付してください。

国民健康保険 標準
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号	岡 3	番号	12345678		
世帯主	住所	津山市山北 520				
	氏名	津山 一郎				
		生年月日	S55.5.5	性別	男	
限度額適用 減額対象者	氏名	津山 花子				
		生年月日	S56.5.6	性別	女	
	世帯主との続柄		妻			
長期入院	該当・非該当	9 1 日目該当日	年 月 日			
種類	一般 退職本人 退職扶養					
所得区分				境界層	該当・非該当	

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計 (日間)	
1	申請日の前1年間の入院日数	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	世帯主の氏名・連絡先を記入、押印してください。 世帯主以外の方が記入される場合は、その方の氏名 連絡先・続柄も記入、押印してください。	
3	申請日の前1年間の入院日数		日間
	入院をした保険医療機関等		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 2 年 4 月 1 日 住所 津山市山北 520 津山市山北 520
世帯主 氏名 津山 一郎 ㊟ 津山 太郎 (弟) ㊟
電話 0868-21-XXXX 0868-21-〇〇〇〇

第三者の行為によるものか

はい いいえ

相手方のいる傷病（交通事故等）が原因で限度額適用認定証の発行を希望される場合は「はい」、それ以外の場合は「いいえ」に✓を記入してください。