

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	91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			
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	所在地			
3	申請日の前1年間の入院日数				
	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。

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 印 津山 太郎 (弟) 印
電話 0868-21-XXXX 0868-21-0000

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。