

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号				区分	一般 ・ 退職
世帯主	住所	宿毛市			
	氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日	男・女
	個人番号			世帯主との続柄	
長期入院	該当 ・ 非該当		第三者の有無	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)	平成・令和	年 月 日から	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)	平成・令和	年 月 日から	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)	平成・令和	年 月 日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成・令和	年 月 日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成・令和	年 月 日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 住所 宿毛市  
宿毛市長様

世帯主名  
(申請者)

個人番号

電話番号

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定年月日 令和 年 月 日	前期高齢 (低 I ・ 低 II ・ 現 I ・ 現 II) 若人 (ア イ ウ エ オ )
	差額支給	有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	長期該当 有 ・ 無

記載例

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号					区分	一般	退職
世帯主	住所	宿毛市 ○○ △△番地 アパート名、、、					
	氏名	宿毛 花子	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日			男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	同上	生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日			男・女
	個人番号				世帯主との続柄	本人	
長期入院	該当・非該当			第三者の有無	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)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで					
	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)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで					
	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)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称			所在地		
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称			所在地		
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称			所在地		

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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 住所 宿毛市 ○○ △△番地 アパート名、、、  
宿毛市長様

世帯主名 宿毛 花子  
(申請者) 個人番号

電話番号 ○○○-△△△-×××× (世帯主以外の場合は 続柄と氏名)

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定年月日 令和 年 月 日	前期高齢 (低 I・低 II・現 I・現 II) 若人 (アイウエオ)
	差額支給	有・無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	長期該当 有・無