

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

申請日	令和 年 月 日	被保険者証記号番号	幡15 ー					
申請者	住所							
	氏名		個人番号					
	電話番号	ー ー						
世帯主	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ						
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ		個人番号				
対象者	氏名			個人番号				
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	70歳以上	70歳未満			
	世帯主との続柄					ア		
第三者行為(交通事故等)による傷病の有無	有 ・ 無		現Ⅱ		イ			
長期入院 該当 ・ 非該当	65～69歳 医療係	有 ・ 無		現Ⅰ		ウ		
				低Ⅱ		エ		
				低Ⅰ		オ		
				受付				
<input type="checkbox"/> 個人番号確認								
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						
④	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						
備考	本人確認 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナカード <input type="checkbox"/> その他( )							