

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

マイナンバーを
ご記入ください

被保険者	記号	05	番号	0111222	連絡先	000(00)0000
組合員	住所	宇都宮市駒生町3337番地1				
	氏名	国保 太郎		個人番号	111122223333	
		生年月日	昭・平 45年 1月 1日			
減額対象者	氏名	国保 太郎		個人番号	111122223333	
	組合員との続柄	本人		生年月日	昭・平・令 45年 1月 1日	
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください)			令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日			
長期入院 (いずれかに○をつけてください)	※該当・非該当		※長期入院の該当とは、申請の属する月より、以前12か月の入院が申請日までに90日を超えていることが要件になります。 例) 令和6年1月に申請の場合は、令和5年12月1日以降の入院期間(本書にて申請している期間)をご記入ください。			

◎次の①～④は、長期該当者として申請する方のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			
入院日数合計		日間	91日該当年月日 年 月 日

注) 長期入院に該当する方は、入院した保険医療機関等の発行する領収(明細)書など入院期間の確認できる書類を合わせて添付ください。