

受付： 収納：

国民健康保険 標準負担額減額認定 申請書
限度額適用・標準負担額減額認定

被保険者証記号番号			
減額対象者	氏名		
	個人番号		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄
	長期入院	該当 ・ 非該当	長期入院該当の場合のみ以下へ記入してください
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	
⑤	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	

上記のとおり関係書類を添えて 国民健康保険標準負担額減額認定証 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 の交付を申請します。

令和 年 月 日
(宛先) 沼津市長

申請者 住 所
(世帯主) 氏 名
個人番号
電 話