

記入例

受付： 収納：

標準負担額減額認定
国民健康保険 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	1 1 1 2 2 2 3		
減額対象者	氏名	国保 花子	
	個人番号	マイナンバーの記入は不要です。	
	生年月日	昭・平・令 ○○年 ○○月○○日	世帯主との続柄 妻
	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 の交
国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

付を申請します。

令和○○年○○月○○日

(宛先) 沼津市長

申請者 住 所 沼津市○○町○○番地の○

(世帯主) 氏 名 国保 太郎

個人番号 マイナンバーの記入は不要です。

電 話 ○○○-○○○-○○○○