

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

被保険者証	記号	島93	番号	
世帯主	住所			
	氏名		性別	男・女
	個人番号		生年月日	年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名		性別	男・女
	個人番号		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	年 月 日	
種類	一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養			
所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ			

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年間の入院日数	年 月 日から	年間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		所在地	
2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		所在地	
3	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

〒

住所

世帯主 氏名 印

個人番号

伊達市長

電話

受付担当者記入欄					
窓口受付 担当者印	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">窓口に来られた方</td> <td style="width: 50%;">確認書類</td> </tr> <tr> <td>世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)</td> <td>免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ( )</td> </tr> </table>	窓口に来られた方	確認書類	世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ( )
窓口に来られた方	確認書類				
世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ( )				