

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
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号番号	記号	島93	番号		(枝番)
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	
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				

91日以上入院がある住民税非課税世帯の方は、ここから下も記入してください。			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 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

個人番号

伊達市長

電話

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

受付担当者記入欄		
窓口受付 担当者印	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)	マイナンバーカード・免許証 その他 ()