

限 度 額 適 用  
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

被保険者証記号番号	国・伊佐		
世 帯 主	個 人 番 号		
	氏 名		生年月日 年 月 日
	住 所	伊佐市	
減額対象者	氏 名		個人番号
	世帯主との続柄		生年月日 年 月 日
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当 <small>※長期入院とは申請月以前の12月以内の入院日数が90日を超える場合</small>		第三者行為の有無 有 ・ 無

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年間の入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日( 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～ 年 月 日( 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～ 年 月 日( 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～ 年 月 日( 日間)
	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地

限 度 額 適 用  
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 書 の 交 付 を 申 請 し ます。  
限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

世帯主 住 所  
氏 名  
電話番号

【世帯主以外の届出】 住 所  
(続柄) 氏 名

伊佐市長 様

市処理欄	認 定 等	ア 市町村民税非課税証明書 イ 保護申請却下通知書 ウ 公簿(世帯索引簿) エ 却下(理由: )	受理番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	差 額 支 給	有 ・ 無	標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)

1点確認	個人番号カード・免許証・パスポート・その他 ( )	確 認 者	㊟
2点確認	健康保険証・年金手帳・年金証書・その他 ( )		