

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		第三者行為の有無	有 ・ 無	
			<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>		

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	受理番号(第 号)	
		イ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)	
		ウ 公簿(世帯索引簿)	認定等年月日	
		エ 却下(理由:)	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 ()		