

標準負担額減額  
 国民健康保険 限度額適用  
 限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

※ 太枠の中を記入してください。  
 (長期入院に該当する方は下記①～⑤も記入)

被保険者証の記号・番号		石・		令和 年 月 日 申請	
世帯主	住所	TEL ( ) -			
	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和・西暦		
対象者	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和・西暦		
	世帯主との続柄	個人番号 [マイナンバー]			
長期入院 [年合計90日]	該当・非該当	← 「該当」又は「非該当」 に○を付けてください。		過去1年間の入院日数が90日を超える場合、 下記【①～⑤の欄】に入院期間及び医療機関 等を記入して、領収書等を添付願います。	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
	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 日間 年 月 日 まで			
	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 日間 年 月 日 まで			
	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 日間 年 月 日 まで			
	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 日間 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

決定内容					決定年月日		
減額	該当		非該当		令和 年 月 日		
					課長	主査	担当
長期	該当		非該当				
限度額	ア	イ	ウ	エ	備考		
	II		I				
	現役並みII		現役並みI				

受 付	
--------	--