

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

松川町長 様

●●年●●月●●日

申請者（世帯主） 窓口に来た方
 住所 松川町元大島●●●●番地 ※ 世帯主の場合、記入は不要です。
 氏名 松川 世帯主 氏名 松川 子ども（申請に来た人）
 個人番号 ●●●●●●●●●● 世帯主との続柄 子
 電話 ●●-●●●●

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
 なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

| | | | | |
|-------------|-------------|------------|----------------------|-----|
| 被保険者証の記号番号 | 松川 ・ 123456 | | ① 一般 2. 退職本人 3. 退職家族 | |
| 限度額適用減額対象者 | 氏名 | 松川 子ども | 世帯主との続柄 | 子 |
| | 生年月日 | ●●年●●月●●日 | | |
| | 個人番号 | ●●●●●●●●●● | | |
| 長期入院（90日以上） | 該当 | 非該当 | 交通事故等の第三者行為 | 有 無 |

過去1年以内に、合計90日以上入院したことがある場合「該当」。
 「該当」の方のみ入院していた医療機関をご記入ください。

交通事故による治療を受ける方は「有」。
 交通事故の届出を別途提出していただく場合があります。

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 から ●●年 ●●月 ●●日 まで | (●● 日間) |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 ●●●●病院 所在地 ●●●●県●●●●市●●●●番地 | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間（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 ●●●●病院 所在地 ●●●●県●●●●市●●●●番地 | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間（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 | |

別世帯の方が申請書を持参する場合は、裏面の「委任状」で世帯主の委任を受けてください。