

文書受付	担当係員	主 任	事務長補佐	事 務 長	専務理事	副理事長	理 事 長

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		衣 一						
世 帯 主	住 所							
	氏 名	①				生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女
		個人番号						
限度額適用・ 標準負担額 減額対象者	氏 名	②				生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女
		個人番号						
	世帯主との続柄							
長期入院	該 当 ・ 非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から 日間 令和 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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等	名 称						
		所在地						

【委任欄】 私は、下記の者を代理人と定め、この申請書の提出を委任します。

(代理人) 住 所 _____
氏 名 _____

令和 年 月 日

(委任者) 住 所 _____
氏 名 _____ ①

次の欄には記入しないでください

交付年月日	令和 年 月 日	発行期日	令和 年 月 日	処理欄
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日	

文書受付	担当係員	主 任	事務長補佐	事 務 長	専務理事	副理事長	理 事 長
			見 本				

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		衣 191 - 0123101												
世帯主	住 所	京都市〇〇区△△町□□番地 押印												
	氏 名	衣料 太郎 印			生年月日	昭和 平成48年 7月15日 令和	男 女							
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	
限度額適用・標準負担額減額対象者	氏 名	衣料 花子			生年月日	昭和 平成50年10月 8日 令和	男 女							
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	世帯主との続柄			妻										
長期入院	該 当 ・ 非該当													
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から											
	入院をした保険医療機関等		名称	記入しないで下さい										
		所在地												
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		名称											
	入院をした保険医療機関等		所在地											
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		名称											
	入院をした保険医療機関等		所在地											

【委任欄】	私は、下記の者を代理人と定め、この申請書の提出を委任します。		世帯主以外の方が 手続きに来られる 場合には記入・押印 が必要です
(代理人)	住 所	京都市〇〇区△△町□□番地	
申請日	氏 名	衣料 花子	
令和 年 月 日			
(委任者)	住 所	京都市〇〇区△△町□□番地	
	氏 名	衣料 太郎 印 ← 押印	

次の欄には記入しないでください

交付年月日	令和 年 月 日	発行期日	令和 年 月 日	処理欄
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日	

