

課長	係長	係	合議

交付年月日	令和	年	月	日	確認印
発行期日	平・令	年	月	日	
有効期限	令和	年	月	日	
長期入院該当年月日	平・令	年	月	日	

平成 年度 国民健康保険 限度額適用 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	岩見沢	番号	
世帯主	住所			
	氏名			
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日 男・女
限度額適用減額対象者	氏名			
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	平・令 年 月 日	
種類	一般 退職本人 退職扶養			
所得区分	低所得Ⅰ 低所得Ⅱ ア イ ウ エ オ			

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
2	申請日の前1年間の入院日数	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
3	申請日の前1年間の入院日数	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

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

住所	
世帯主 氏名	印
電話	