

限度額適用  
 年度 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	記号		番号	
世帯主	住所			
	氏名			
	個人番号		生年月日	
限度額適用 減額対象者	氏名			
	個人番号		生年月日	
	世帯主との続柄			
長期入院	該当 ・ 非該当	9 1 日目該当日		年 月 日
種類				
所得区分			境界層	

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限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

また、認定に必要があるときは、世帯の住民税課税状況及び所得状況について、貴市国民健康保険担当課が官公署に調査を依頼し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住 所

氏 名

越前市長 殿

電話番号 (      —      —      )