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

受付印

※本申請書の審査のために必要な課税台帳等の調査を了承の上、申請します。　令和　　年　　月　　日

被保険者証記号番号		城－	資　格	一般
世帯主	住　　所	城陽市		
	氏　　名			
	個人番号		生年月日	S・H・R　　年　　月　　日
限度額適用減額対象者	氏　　名			
	個人番号		生年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	世帯主との続柄		電話番号	（　　）
長期入院	該当・非該当	ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		

①	申請日前１年間の入院期間	令和　年　月　日から　令和　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	申請日前１年間の入院期間	令和　年　月　日から　令和　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	申請日前１年間の入院期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

※「長期入院」欄は、世帯主及び国保加入者が住民税非課税世帯である場合のみ記入してください。

※ここから下には記入しないでください。

交付年月日	令和　年　月　日	発効期日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月　日	長期入院該当	令和　年　月　日
境界層該当	オ	入院91日目	令和　年　月　日
区　分	ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ		
市区町村処理欄	認定等　イ　市町村民税非課税証明書　ハ　市民税課税台帳 ロ　保護申請却下通知書　ニ　却下（理由：　　）		
	差額支給　有　・　無	標準負担額差額支給台帳発行番号（第　　号）	

受付者チェック欄	受付者	受領サイン
来庁者：世帯主・世帯員（　　）・その他（　　） □　本人確認済：運転免許証・被保険者証・他（　　）		