

様式第8（第8条関係）

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

被保険者記号・番号		一般 ・ 退本 ・ 退扶	
世帯主	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
減額対象者	氏名	生年月日	昭 平・令 年 月 日
	個人番号	世帯主との続柄	
長期入院者	該当 ・ 非該当		

※適用区分 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日  
 〒 -

申請者（世帯主）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 \_\_\_\_\_

東郷町長 殿

処理欄	資格	未納	第三者行為	受付者
	有・無	有・無	有・無	