

# 記入例

同 年 月 日	令和 年 月 日	
起 案 者	(印)	
課長	係長	係

国民健康保険税の未納はないので、申請にもとづき限度額適用認定証を交付してよろしいでしょうか。

## 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者番号	みよた ○○○○○	←被保険者証の番号を記入		
世帯主	住 所	御代田町大字 馬瀬口1794-6		
	氏 名	御代田 太郎	生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (男)・女
減額対象者	氏 名	御代田 太郎	生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (男)・女
	世帯主(組合員)との続柄		本人	
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。				入院日数合計( 日間)
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 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	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 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	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		
⑤	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者

住 所 御代田町大字馬瀬口1794-6

御代田町長 様

氏 名 御代田 太郎



認印 ↑