

記入例

限度額適用

国民健康保険

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者証 記号番号	字 1234 - 5678		
国保世帯主	住所	宇治市 宇治琵琶33番地	
	氏名	宇治 太郎	
	個人番号	(マイナンバー12桁) 1234 5678 〇〇〇〇	
	電話	0774-22-3141	
窓口に来た人 (世帯主の場合は 記載不要)	住所		
	氏名		世帯主との続柄
限度額適用 減額対象者	氏名	宇治 花子	世帯主との続柄 妻
	個人番号	(マイナンバー12桁) 9876 5432 〇〇〇〇	
	生年月日	昭和・平成・令和・西暦 〇〇年〇〇月〇〇日	
長期入院	該当 ・ 非該当		
負担区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ		
有効期限	令和 年 月 日 (短期証・退職)		

記入しないでください

 長期入院に該当する可能性がある場合は、以下もご記入ください。(表4参照)

入院をした保険医療機関の名称		申請日の前1年間の入院期間(日数)	
①	〇〇病院	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	(85日間)
②	△△病院	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	(6日間)
③		年 月 日から 年 月 日まで	(日間)

以下は記載不要です。

《事務処

直近の過去12か月間に91日以上入院されている住民税非課税世帯の方が対象です。該当する場合は長期入院の欄に「〇」をして、ご記入ください。

⇒「住民税非課税世帯の食事代減額について」の項を参照

長期入院					
1	領収書	2. 保険証	申請番号		付印
2	入院期間確認書	3. 免許証	差額支給	有・無	
3	その他 (端末にてレセプト確認)	4. その他 ()			