

国民健康保険  
 限度額適用  
 標準負担額減額  
 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号・番号			
世帯主	氏名		世帯主の住所
	生年月日	年 月 日	
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日	
	個人番号		
長期入院		(該当 ・ 非該当)	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
第三者行為による傷病		あり ・ なし	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額認定証の交付を申請します。

年 月 日

可児市長 様  
 世帯主 住 所  
 個人番号  
 氏 名  
 電 話