

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	昭和・平成・令和 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	昭和・平成・令和 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	
2	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	
3	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	
4	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	

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

令和 年 月 日

世帯主 住 所
 氏 名
 個人番号
 電 話

可児市長 様

※個人番号の利用目的:国民健康保険法による被保険者証に関する事務(番号法別表第1第30項)