

**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		退職区分		一般・本人・扶養	
限度額適用 減額対象者	氏名				
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄		
長期入院	該当 ・ 非該当		該当日	令和 年 月 日	
①	申請日の前1年の 入院期間（日数）		年 月 日から 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1年の 入院期間（日数）		年 月 日から 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1年の 入院期間（日数）		年 月 日から 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1年の 入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>知多市長様</span> <span>知多市 住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____</span> </div>					
公簿確認		該・非	認定証交付日	年 月 日	
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並Ⅰ・現役並Ⅱ				
有効期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで		
本人確認欄			受付者		

来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 限度額適用減額対象者 氏名 _____ 続柄 (      )				
住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ				