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

被保険者証記号番号	大鰐・				
世帯主	住　所	大鰐町大字			
	氏　名		生年月日		男 女
限度額適用減額対象者	氏　名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		男 女
交通事故等の第三者行為	有　・　無				
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認定証の交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（世帯主の住所と異なる場合記入してください）

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　世帯主との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大鰐町長　殿

決裁欄	課　長	課長補佐	係　長	係	受　付	処理欄	認定区分
							ア イ ウ エ オ 低Ⅱ 低Ⅰ