

太枠内に記入をお願いします。

記入例

年度 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

受 身元確認	付 番号確認	滞
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 職	

被保険者証	記号	33	番号	123456			
世帯主	住所	鳥取市尚徳町116番地					
	氏名	鳥取 太郎					
	個人番号	1234-1234-1234	生年月日	昭和30年1月1日	性別	男	
限度額適用 減額対象者	氏名	鳥取 花子					
	個人番号	5678-5678-5678	生年月日	昭和35年1月1日	性別	女	
	世帯主との続柄	妻					
長期入院	該当・非該当	91日目	該当日	年	月	日	
種類	一般	退職本人	退職扶養				
所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ	境界層	該当・非該当

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計(日間)				
1	申請日の前1年間の入院日数	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年間の入院日数	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					

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日 住所 鳥取市尚徳町116番地
鳥取市長 様 氏名 鳥取 太郎
電話 0000-12-3456

ここは、申請に来られた方の住所等を
記入してください。
例) 委任状あれば委任を受けた方