

記入例

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

入院対象者等の方をご記入ください。

①

被保険者証の記号番号	02 — 1234567			
限度額適用 減額対象者	氏名	駒ヶ根 太郎	個人番号	012345678901 (太郎さんのマイナンバー)
	住所	駒ヶ根市 赤須町20番1号		
	生年月日	S33年 3月 3日生	世帯主との続柄	子

②

申請日前、一年間に90日を越す入院があった方のみ記入ください。		入院日数合計 120日	
1	申請日の前1年間の入院期間	令和3年 11月 1日から 令和4年 2月 28日まで 120日間	
	入院をした保険医療機関	名称	駒ヶ根中央病院
所在地		駒ヶ根市赤穂〇〇番地	
2	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関	名称	
所在地			
3	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関	名称	
所在地			
4	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関	名称	
		所在地	

世帯主の方の住所・氏名等をご記入ください。

③

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・標準負担額減額認定書の交付を申請します。
なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料の提出を承諾します。

〇年 〇月 〇日

住所 駒ヶ根市 赤須町20番1号
氏名 駒ヶ根 一郎
個人番号 45678912345(一郎さんのマイナンバー)

長野県駒ヶ根市長 様 (連絡先 — 83 — 2111)

【処理欄】

・	収納状況確認	完納・他()	決裁		
受付	適用区分	ア イ ウ エ オ	係	係長	課長
	長期入院	該当 ・ 非該当			
	該当日	年 月 日			