

第12号様式の1

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
 認定申請書

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
	世帯主との続柄				
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）		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年間の入院期間（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年間の入院期間（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			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（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			

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額の認定を申請します。

年 月 日

申請者 住所
 氏名
 電話番号
 続柄 世帯主・同一世帯員・その他
 ※「その他」の場合は世帯主又は同一世帯員
 からの委任状が必要