

様式第11号（第16条関係）

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					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
限度額適用	氏名		個人番号		
減額対象者	世帯主との続柄		生年月日		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
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）	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで
		所在地			

坂戸市長 あて

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。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主名  
(申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_