

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	坂戸 〇〇〇〇〇〇			
世帯主	住所	坂戸市千代田1-1-1		
	氏名	坂戸 たろう	生年月日	〇〇年△△月□□日
限度額適用	氏名	坂戸 はなこ	個人番号	
減額対象者	世帯主との続柄	妻	生年月日	〇〇年△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、長期入院該当者の場合（長期入院日数合計（日間））				
①	申請日の前1年間の入院期間	交通事故等が原因の通院や入院で、 認定証を使用する場合は「有」に〇をしてください。		
	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 日間
		年	月	日まで
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から 日間
		年	月	日まで
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から 日間
		年	月	日まで
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	月	日から 日間
		年	月	日まで
	入院をした保険医療機関等	名称		
		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。

令和〇年△月□□日

住所

坂戸市千代田1-1-1

世帯主名
(申請者)

坂戸 たろう

個人番号

電話番号

049-283-1331