

国民健康保険 限度額適用 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		—			一般	
世帯主	住所					
	氏名			生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日		
	世帯主との続柄			個人番号	適用区分	
長期入院	該当・非該当			低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ		
交通事故等の第三者行為			有・無			
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				

上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先)本庄市長

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

来庁者	氏名	電話番号
-----	----	------

※住民登録地以外に送付を希望される場合は、御記入ください。

送付先	住所 〒	
	氏名	電話番号

市処理欄	適用区分	低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	有効期限	年 月 日
	滞 納	有 ・ 無	長期該当年月日	年 月 日
	本人確認書類	被保険者証・マイナンバーカード・運転免許証・その他（ ）		