

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

富士見町長 様

令和 年 月 日

申請者(世帯主)

窓口に来た方

住所

※世帯主の場合、記入は不要です。

氏名

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主との続柄

電話

下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。  
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者記番号	043・				
限度額適用減額対象者	氏名		男・女	世帯主との続柄	
	生年月日	年	月	日	
	個人番号				
長期入院(90日以上)	該当・非該当			交通事故等第三者行為	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)

	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	( 日間)
①	入院をした保険医療機関等	年	月	日	
		年	月	日	
②	入院をした保険医療機関等	年	月	日	
		年	月	日	
③	入院をした保険医療機関等	年	月	日	
		年	月	日	
④	入院をした保険医療機関等	年	月	日	
		年	月	日	
⑤	入院をした保険医療機関等	年	月	日	
		年	月	日	

※本人確認書類 (( 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他 ( ) ) )