

太枠内に記入をお願いします。

記入例

令和 年度 国民健康保険 限度額適用  
標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

受付		滞
身元確認	番号確認	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 職	

被保険者番号	記号	33	番号	123456			
世帯主	住所	鳥取市●●町●●番地					
	氏名	鳥取 太郎					
	個人番号	1234-1234-1234	生年月日	年	日	性別	男
限度額適用 減額対象者	氏名	鳥取 花子					
	個人番号	5678-5678-5678	生年月日	年	日	性別	女
	世帯主との続柄	妻					
長期入院	該当・非該当	91日目	該当日	平成	年	月	日
種類	一般	退職本人	退職扶養				
所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ	境界層	該当・非該当

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計( 日間)	
1	申請日の前1年間の入院日数	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		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日 住所 鳥取市●町●番地  
鳥取市長 様 氏名 鳥取 太郎  
電話 0000-12-3456

ここは、申請に来られた方の住所等を  
記入してください。  
例) 委任状あれば委任を受けた方