

太枠内の記入をお願いします。

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

青森市長あて

年 月 日

下記のとおり国民健康保険 限度額適用 ・ 標準負担減額 認定について申請します。

被保険者証 記号番号		青 国				適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現並Ⅰ・現並Ⅱ			
世帯主	個人番号									
	住所	青森市						電話番号		
	氏名					生年月日	年 月 日			
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	年 月 日			
	個人番号									
	世帯主との続柄									
長期入院	該当 ・ 非該当									
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							
④	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							
⑤	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							

## 記入例

太枠内の記入をお願いします。

国民健康保険

限度額適用  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

青森市長あて

年 月 日

下記のとおり国民健康保険 限度額適用 ・ 標準負担減額 認定について申請します。

被保険者証 記号番号		青国	99999999										適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現並Ⅰ・現並Ⅱ										
世帯主	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	住所	青森市 ●●1丁目2番3号						電話番号	000-000-0000		
	氏名	国保 太郎						生年月日	S 27 年 1 月 1 日															
	氏名	国保 花子						生年月日	S 32 年 2 月 3 日															
限度額適用 減額対象者	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	世帯主との続柄	妻									
	長期入院	該当・非該当																						
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										
④	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										
⑤	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										