

令和 年度 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

被保険者証	記号	五所川原	番号								
世帯主	住所	五所川原市									
	氏名					生年月日	大正	年	月	日	男・女
	マイナンバー										
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	昭和	年	月	日	男・女
	マイナンバー										
	世帯主との続柄										
長期入院	該当 ・ 非該当		91日目該当日			令和 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			
	低所得Ⅰ		低所得Ⅱ		現役並みⅠ						現役並みⅡ

ここから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)			
1	申請日の前1年間の入院日数	令和 年 月 日から 令和 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	令和 年 月 日から 令和 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年間の入院日数	令和 年 月 日から 令和 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

世帯主 〒 : _____

住所 : 五所川原市 _____

氏名 : _____ 印

マイナンバー : _____

電話番号 : _____

五所川原市長 殿