

様式第14号の(4) (第18条の2関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証	記号		番号	
世帯主	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号	
長期入院	該当 ・ 非該当		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		
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		
所得区分		1 II (国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号該当) 2 I (同4号該当)		
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。				
年 月 日				
住所				
世帯主 個人番号				
氏名				