

※色付き部分に必要な事項を記入してください。

**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**

被保険者証番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		
	生年月日	年 月 日	性別 世帯主との続柄
	個人番号 (マイナンバー)	交通事故等の 第三者行為	
長期入院		該当 ・ 非該当	

以下、長期入院該当者(非課税世帯で過去12ヶ月の入院日数が90日を超える場合)のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院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 日間 年 月 日まで	
	入院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 日間 年 月 日まで	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり申請します。	
伊丹市長 様	申請日 年 月 日
(世帯主) 〒 - 住 所 氏 名 個人番号 電話番号	(申請者) 〒 - 住 所 氏 名 世帯主との続柄 電話番号

※ 保険者記入欄 (以下は記入しないでください)

事由	新規・再交付・市内転居・区分変更・記載事項変更・長期該当	受付日	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	受付者	
判定区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現並Ⅰ・現並Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	