

※色付き部分に必要な事項を記入してください。

国民健康保険 限度額適用
標準負担額減額 認定申請書 【 記入例 】
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証番号	1234567			
限度額適用 減額対象者	氏名	伊丹 太郎	性別	男
	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	世帯主 との続柄	本人
	個人番号 (マイナンバー)	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無
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 令和 元年 〇〇月 〇〇日
(世帯主)	(申請者)
〒 664 - 8503	〒 664 - 8503
住所 伊丹市千僧1丁目1番地	住所 伊丹市千僧1丁目1番地
氏名 伊丹 太郎	氏名 伊丹 花子
個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	世帯主 との続柄 妻
電話番号 072 - 784 - 8040	電話番号 072 - 784 - 8040

※ 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	