

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

(申請先) 上田市長 記入日 令和 年 月 日

窓口へ来た人 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主・本人・同一世帯員・代理人) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

来庁者の確認	(1点確認) ① <input type="checkbox"/> 個人番号カード ② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> ( ) 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書
	③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 ( ) (氏名、生年月日又は住所記載のもの) 【①-③の証の発行・登録番号等】
来庁者の確認	(2点確認) ④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 (氏名、生年月日又は住所記載のもの) <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 証・書類名 ( ) 【④の証・書類の発行・登録番号等】

被保険者証 記号・番号		受付日	令和 年 月 日
世帯主	住所		
	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号		
認定適用対象者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄	電話番号	
	個人番号		
限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ・減額のみ		
長期入院	該当・非該当	発行期日	令和 年 月 日
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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	
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

上記の申請を認定し、限度額適用・減額認定証を交付してよろしいですか。

課長	係長	受付者	所得等確認・電算入力日	担当者

【国民健康保険】 限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

記入例  
認定申請書

(申請先) 上田市長

記入日 令和 2年 4月 1日

窓口へ来た人

住所 上田市大手1-11-16

(世帯主・本人・同一世帯員・代理人)

氏名 上田 太郎

印

電話番号 0268-22-4100

次のとおり申請します。

来庁者の確認	(1点確認) ① <input type="checkbox"/> 個人番号カード ② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> ( ) 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書
	③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 ( ) (氏名、生年月日又は住所記載のもの) 【①-③の証の発行・登録番号等】
来庁者の確認	(2点確認) ④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 (氏名、生年月日又は住所記載のもの) <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 証・書類名 ( ) 【④の証・書類の発行・登録番号等】

被保険者証 記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 - 7	受付日	令和 年 月 日
世帯主	住所	上田市大手1-11-16	
	氏名	上田 太郎	生年月日 昭和・平成・令和 35年 12月 1日
	個人番号	1111 2222 3333 (※分かれれば記入)	
認定適用対象者	氏名	上田 花子	生年月日 昭和・平成・令和 38年 1月 1日 男・女
	世帯主との続柄	妻	電話番号
	個人番号	4444 5555 6666 (※分かれれば記入)	
限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ・減額のみ		
長期入院	該当・非該当	発行期日	令和 年 月 日
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

上記の申請を認定し、限度額適用・減額認定証を交付してよろしいですか。

課長	係長	受付者	所得等確認・電算入力日	担当者