

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

(あて先) 山梨市長

被保険者証記号番号		-		個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名			男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	世帯主との続柄				一般・退本・退扶・高齢		適用区分
長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月日		平成 年 月 日	(91日該当日)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			平成 年 月 日から	平成 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)			平成 年 月 日から	平成 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)			平成 年 月 日から	平成 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)			平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等			名称			
			所在地				

上記のとおり申請します。		平成 年 月 日	
申請人 (世帯主)	住所	山梨市	
	氏名	Ⓜ	電話 ()

※窓口に来た方が世帯主以外の場合は記載してください。

届出人 (窓口に来た方)	住所	□同上	
	氏名	Ⓜ	電話 () 世帯主との続柄 ()

確認・交付

確認

個人カード 障害者手帳
 通知カード 国民健康保険証・健康保険証
 免許証 年金手帳・証書
 パスポート・在留カード 高齢受給者証
 住民基本台帳カード その他()