

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

下諏訪町長 様

No. _____

_____年 ____月 ____日

申請者（世帯主）

窓口に来た方 ※ 世帯主の場合、記入は不要です。
※ 郵送の場合は、記入される方

住 所

住 所

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の続柄

電 話

電 話

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者証 の記号番号	しもすわ ・ -			1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族			
限度額適用 減額対象者	氏 名				男・女	世帯主と の続柄	
	生年月日	年	月	日			
	個人番号						
長期入院（90日以上）	該 当 ・ 非該当			交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為		有 ・ 無	

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計 （ _____ 日間）

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						

本人確認 _____ ・ 免 _____ ・ 個カ _____ ・ その他（ _____ ）

個人番号確認 1. 個カ 2. 通カ 3. 住写 4. 提供 5. （ _____ ）