

**記入例**

国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

国民健康保険証、右上  
7桁の番号をご記入ください

生活上における受診 ⇒ 「無」  
 第三者行為(他者から負ったケガや病気)による受診 ⇒ 「有」

申請年月日		年	月	日
被保険者 記号・番号	撰国	0000000	第三者行為の有無	有・ <b>無</b>
世帯主	住所	撰津市三島1丁目1番1号		
	氏名	撰津 太郎	生年月日	S45年 12月 3日
	個人番号	* * * * *	TEL	06-6383-1111
限度額 適用 減額 対象者	氏名	撰津 花子	生年月日	S45年 3月 21日
	個人番号	* * * * *	世帯主との続柄	妻

対象者が世帯主の場合、対象者氏名等の記入は不要です

長期入院  
(オ・低Ⅱの場合)

該当・**非該当**

「該当」の場合、入院期間がわかる書類(領収書等)のコピーを添付してください。

※書類が足りない場合は、お手元にある分のみで結構です

※長期入院・・・過去12か月で90日を超える入院

①	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ( )日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ( )日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ( )日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
④	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ( )日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	