

様式第17号（第22条、第26条の2、第27条関係）

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

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
限度額適用減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	
長 期 入 院	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			
④	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			
⑤	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			

上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。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号) 認定等
		ハ 公簿 () 年月日	令和 年 月 日
		ニ 却下 (理由)	
差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	