

記載例

第6号様式（第6条関係）

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

被保険者証記号番号										1 2 3 4 5 6 7 8			長期入院		該当・非該当																				
氏名										清須太郎																									
限度額適用減額対象者										個人番号		1		2		3		4		5		6		7		8		9		0		1		2	
生年月日										〇〇年〇〇月〇〇日				世帯主との続柄				本人																	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)										年		月		日から		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		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		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		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		日間																		
	入院をした保険医療機関等										名称		所在地																						

申請日の前1年間で90日以上入院履歴がある方は、ここに記入してください。(入院時の食事代の標準負担額が安くなります。)

上記のとおり申請します。
 令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主 住所 清須市須ヶ口1238番地
 氏名 清須太郎
 (自署の場合、押印不要)
 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
 電話 0 5 2 - 4 0 0 - 2 9 1 1

清須市長 様

※市民税課税状況確認欄

確認年月日		年 月 日		確認者氏名	
確認方法		課税台帳・課税証明書		確認結果	
		課税・非課税			
長期入院確認		年 月 日		確認者氏名	
		レセプト・その他()			

保険年金課	身元確認(実存)	写真付のもの…いずれか1つ 個人番号カード、運転免許証、旅券 その他()				確認者印
		写真がないもの…いずれか2つ 健康保険被保険者証、年金手帳、学生証、キャッシュカード その他()				