

確認欄	受付	発行	確認	交付



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

被保険者証番号		電話番号	
世帯主	住所	〒	
	氏名	印	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 個人番号
限度額適用 減額対象者	氏名	印	生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号
	世帯主との続柄		
長期入院	該当・非該当		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした医療機関	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 年 月 日まで	
	入院をした医療機関	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 年 月 日まで	
	入院をした医療機関	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 年 月 日まで	
	入院をした医療機関	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 年 月 日まで	
	入院をした医療機関	名称	
		所在地	

年 月 日

申請書届出人	
--------	--

保険証区分	一般・退職本人・退職扶養
-------	--------------

限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・Ⅱ・Ⅰ
-------	---------------------

委任状

委任された人(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

上記の者を代理人に選任し、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請の手続きを委任しましたので、届出します。

年 月 日

島田市長

委任する人(世帯主)

住所 _____

氏名 _____ 印

代筆者 _____

代筆の理由 _____

- ※ 世帯主様が高齢及び病気等で委任状を書けない場合に限り代筆をお願いします。
- ※ 代筆者は、委任される方（代理人）以外の方です。代筆者が施設・病院の方の場合は肩書も入れて御署名をお願いします。