

**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**

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
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		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
①～④は、長期入院該当者のみ記入。(証明書類添付)			入院日数合計 ( 日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり申請し、世帯の所得調査に同意します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

福山市長  
枝広 直幹 殿

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、  
 高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
 (長期入院該当やマイナ保険証による自己負担限度額の確認が  
 できない場合は申請が必要です。)

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
		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

福山市長 枝広 直幹