

**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**

①どなたのものが必要ですか

【申請日】 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	電話番号	—	—
ふりがな				生年月日	
氏名					
マイナンバー				年	月 日
住所	小郡市				
チェック☑を つけて下さい	本申請日より以前1年間で、入院日数の合計が91日以上 ありましたか。			<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 不明	
	本申請に係る傷病等は、 <u>第三者行為</u> によるものですか。 * 第三者行為とは交通事故や傷害事件、他人の飼い犬にかまれた 等第三者(他人)から傷害を受けた場合です。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

②世帯主について

チェック☑を つけて下さい	<input type="checkbox"/> 世帯主は①と同じです → ③へお進みください <input type="checkbox"/> 世帯主は①以外の方です → 下に記入し、③へお進みください				
ふりがな				電話番号	—
世帯主 氏名				電話番号	—
マイナンバー					

③申請に来られた方

チェック☑を つけて下さい	<input type="checkbox"/> 世帯主本人です → 記入は以上となります <input type="checkbox"/> 世帯主ではありません → 下に記入ください				
ふりがな				電話番号	—
氏名				電話番号	—
世帯主との続柄	同一世帯の家族 ・ その他( )				

本人確認	保険証 限度額証 マイナンバーカード 免許証 在留カード パスポート 高齢受給者証 医療証 介護保険証 年金手帳 その他( )				
確認年月日	年 月 日			長期入院	
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅱ・低Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅰ			該当(適用日 / ) 非該当	