

**記載例**

令和 年度 国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

太枠内は必ず記入してください。

被保険者証の 記号番号	井福 - -	資格区分	一般・退職本人・退職扶養
限度額適用 減額対象者	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号		
性別	男 女	長期入院	該当 非該当

この枠内には長期入院に該当する方（申請月を含む前1年間に90日を超える入院がある方）のみ記入してください。

申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	入院日数合計 ( 日間)
入院した保険医療機関等	名称	
申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	
入院した保険医療機関等	名称 所在地	

申請月以前12ヶ月中で、「限度額適用・標準負担額減額認定証」または「標準負担額減額証」の交付を受けている期間内の入院日数が90日を超える(91日以上)場合には、長期入院に該当します。  
「該当」に をつけ、入院期間と入院した医療機関等の欄に記載してください。また、入院期間を証明する書類(入院した医療機関の領収書、入院証明書)が必要です。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所  
(世帯主) 氏名

届出者  
氏名 (自署)

個人番号 | | | | | | | | | | | |  
(電話 )

福井市長あて

ここから下は記入しないで下さい。

認定等	1. 住民税非課税証明書	区分	70歳未満	適用区分	上位(ア)・上位(イ)・一般(ウ)
	2. 公簿		高齢受給者	証発行種類	一般(エ)・非課税(オ)・未交付
	3. その他( )			現役並み	減額証・限度額証・限度/減額証
証交付年月日	令和 . .			現役	現役
発行期日(開始年月)	令和 . .			非課税	低・低
長期入院該当年月日	令和 . .	備考	受付		証交付
有効期限	令和 . .				
世帯主 同一世帯( ) 代理人( )		世帯主の 番号確認 窓口に 来た人の 身元確認	個人番号カード	通知カード	未
			個人番号カード その他( )	運免 旅券	未

太枠内は必ず記載してください

世帯主の住所、氏名等  
署名の場合は押印不要です

世帯主以外が書く場合、届  
出者署名をお願いします