

第 12 号様式(第 16 条、第 18 条の 2、第 18 条の 5 関係)

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定証交付申請書

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			
	個人番号		生年月日	
限 度 額 適 用 減 額 対 象 者	氏 名			
	個人番号		生年月日	
	世 帯 主 と の 続 柄			
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	9 1 日 目 該 当 日		年 月 日
所 得 区 分	ア イ ウ エ オ	現役並み	現役並み	低所得 低所得

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計(日間)	
1	申請日の前 1 年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	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 年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	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 年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
年 月 日 住所
世帯主 氏名
電話

記入例

個人番号は空欄でも申請可能です。記入する場合は、マイナンバーカード又は通知カード(個人番号の記載がある住民票でも可) + 顔写真つきの公的身分証明書の添付が必要です。

第12号様式(第16条、第18条の2、第18条の5関係)

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定証交付申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者	記号	戸田	番号	〇〇〇〇〇〇(6桁)
世帯主	住所	戸田市上戸田1丁目18番1号		
	氏名	戸田 真一		
	個人番号		生年月日	〇〇年〇月〇日
限度額適用 減額対象者	氏名	戸田 真一		
	個人番号		生年月日	〇〇年〇月〇日
	世帯主との続柄	本人 など		
長期入院	該当・非該当	91日目該当日		年 月 日
所得区分	ア イ ウ エ オ	現役並み	現役並み	低所得 低所得

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計(〇〇 日間)
1	申請日の前1年間の入院日数	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで 〇〇 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇総合病院
		所在地 〇〇県〇〇市1丁目2番地3号
2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から 日間
	入院をした保険医療機関等	申請日の前の1年間に91日以上入院があった方のみ記入してください。 入院した期間及び入院日数 入院した医療機関等の名称及び所在地
3	申請日の前1年間の入院日数	また、91日以上入院していたことが分かる書類(領収書の写し等)を添付して申請してください。 日間
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

〇〇年〇月〇日

住所 戸田市上戸田1丁目18番1号

世帯主 氏名 戸田 真一

電話 048-123-4567