

記入例

様式第8号(第20条, 第22条, 第22条の2関係)

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

太枠の中をご記入ください。個人番号が不明な場合は、空欄にしてください。

被保険者証記号番号	記号	土浦	番号	〇〇〇〇〇〇
減額対象者	氏名	土浦 花子	生年月日	S50年 1月 1日
	世帯主との続柄	妻		
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
長期入院	該当・非該当			
ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 日間
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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		
④	申請日の前1年間の入院期間(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		

上記のとおり申請します。

年 月 日

太枠の中をご記入ください。個人番号が不明な場合は、空欄にしてください。

申請者(世帯主)住所 土浦市大和町9番1号
氏名 土浦 太郎
個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号 826-1111

保険者 処理欄	認定等	イ 市長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 年 月 日
	差額支給	有・無	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)

備考 市町村村民税非課税証明書は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。