

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
 (新規・長期・更新)

(あて先) 宇都宮市長

被保険者記号番号		—	一般・退本・退扶	令和	年	月	日
世帯主	住所	宇都宮市					
	氏名	☑ (自署の場合押印省略可)					
	個人番号						
認定対象者	氏名		世帯主との続柄				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
	個人番号						
長期入院	該当・非該当						
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	
	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	
	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	
	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	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

市民税確認欄	ア・イ・ウ・エ・オ・ 現役並みⅠ・現役並みⅡ・低Ⅰ・低Ⅱ	担当者名	
完納状況	完納 ・ 未納		