国民健康保険　限度額適用　認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号　　番号		個人番号	
減額対象者	氏 名			
	生年月日	年　月　日	世帯主との続柄	
長期入院	該当 ・ 非該当		（過去12か月で入院日数が90日を超える場合該当） ただし、区分が低Ⅱ又はオの場合のみ	

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）	平成・令和　年　月　日から	（　　日間）	
		平成・令和　年　月　日まで		
	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）	平成・令和　年　月　日から	（　　日間）	
		平成・令和　年　月　日まで		
	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）	平成・令和　年　月　日から	（　　日間）	
		平成・令和　年　月　日まで		
	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。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　　所　向日市　　町

氏　　名

個人番号

申請者　氏　　名　　（世帯主との続柄　　）

電話番号

向日市長　宛

次の欄には記入しないでください。

交付年月日	令和　年　月　日	発効期日	平・令　年　月　日	処理
有効期限	令和　年　月　日	長期入院該当	平・令　年　月　日	
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現役並みⅠ・現役並みⅡ・低Ⅰ・低Ⅱ			