

## 記入例（長期入院該当）

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	向〇〇〇	番号	〇〇〇〇	個人番号	1234 5678 9012
減額対象者	氏名	向日 太郎				
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	世帯主との続柄	本人		
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又は才の場合のみ	

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(90日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日から	(30日間)
		平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
入院をした保険医療機関等	名称	△△病院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日から	(60日間)
		平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
入院をした保険医療機関等	名称	△△病院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地	
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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主 住 所 向日市 寺戸 町 小佃5番地の1

氏 名 向日 太郎

個人番号 1234 5678 9012

申請者 氏 名 向日 一郎 (世帯主との続柄 子 )

電話番号 075-931-1111

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			