

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

被保険者証	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	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(日間)	
1	申請日の前1年間の入院日数		年 月 日から	日間
			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年間の入院日数		年 月 日から	日間
			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年間の入院日数		年 月 日から	日間
			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。
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) + 顔写真つきの公的身分証の添付が必要です。

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

被保険者証	記号	戸田		番号	保険証の上段の6桁の番号	
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	年 月 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	年 月 日		
	世帯主との続柄	本人				
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(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	総合病院			
所在地		市 1丁目2番地3号				
2	申請日の前1年間の	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				日間
	入院をした保険医療					日間
3	申請日の前1年間の	また、91日以上入院していたことがわかる領収書の写し等を 添付のうえ、ご提出ください。				日間
	入院をした保険医療					日間
		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 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