



国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 年 月 日

被保険者証 記号番号	字 —		
国保世帯主	住所	宇治市	
	氏名		
	個人番号		
	電話	— —	
窓口に来た人 (世帯主の場合は 記載不要)	住所		
	氏名		世帯主との続柄
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との続柄
	個人番号		
	生年月日	昭和・平成・令和・西暦	年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当		
負担区分	低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ		

□長期入院に該当する可能性がある場合は、以下もご記入ください。(裏面参照)

入院をした保険医療機関の名称	申請日の前1年間の入院期間(日数)
①	年 月 日から (日間) 年 月 日まで
②	年 月 日から (日間) 年 月 日まで
③	年 月 日から (日間) 年 月 日まで

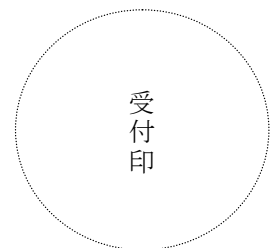
以下は記載不要です。

《事務処理欄》

長期入院確認方法	
1	領収証(入院期間付)
2	入院期間確認書
3	その他 (端末にてレセプト確認)

本人確認
1. 個人番号カード
2. 保険証
3. 免許証
4. その他 ()

受付者	
年度	
申請番号	
差額支給	有・無



長期入院

住民税非課税の状態での入院日数が90日（申請月を含む過去1年間の入院日数）を超えた場合、申請された翌月1日から長期入院に該当します。

該当される方は、90日を超える入院日数を確認できるもの（入院期間証明書、または領収証のコピー等）を添付してください。

限度額適用・減額対象者であった期間の入院であれば、宇治市国民健康保険以外の健康保険に加入されていた期間の入院日数も合算できます。

例) 8月15日に申請された場合

→ 前年9月1日から8月14日までの入院期間について計算します。