

**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**

発送日(前・現)	若人	前期	受付
令和 年 月 日			

被保険者証記号番号		沖国	資格区分	一般・退本・退扶
世帯主	氏名		世帯主の住所	沖縄市
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との続柄 (世帯主から 見た続柄)	(男・女)
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
長期入院	該当・非該当	91日	令和 年 月 日	認定証長期日 令和 年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)			から	日間
入院をした保険医療機関等			名称	
			所在地	

※ 太枠内を  
ご記入  
ください。

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等の認定を申請します。

令和 年 月 日

沖縄市長 桑江 朝千夫 様

申請者 住所 沖縄市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【郵送に必要な書類】  限度額適用、標準負担額減額、限度額適用・標準負担額減額 認定申請書 (この書類)  
 被保険者証 (保険証) の写し

【郵送に必要な確認事項】  
 今年度の確定申告済み  
 保険料の滞納がある場合には、限度額認定証が発行できない場合があります。

7月申請の方のみ⇒  7月から継続して8月以降も限度額認定証が必要な方は、申請書を2枚記入してください。

市 町 村	認定 方 法	イ. 課税証明		交付番号 (第 _____ 号)			
		ロ. 生活保護受給期間証明書		交付年月日 令和 年 月 日			
処 理 欄	適用区分	ハ. 公簿 ( _____ )		収納担当	備考欄		
		ニ. 却下 (理由: _____ )					
		現年度	ア・イ・ウ・エ・オ	I・II・現I・現II		滞納	有・無
		前年度	ア・イ・ウ・エ・オ	I・II・現I・現II		認定	可・否
前々年度	ア・イ・ウ・エ・オ	I・II・現I・現II					