

様式第 1 7 号（第 1 6 条関係）

※マイナ保険証を利用することにより、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

国民健康保険限度額適用等認定申請書

申請区分	☐ 限度額適用 ☐ 標準負担額減額 ☐ 限度額適用・標準負担額減額				
被 保 険 者	記号		番号		
世帯主	住所			個人番号	
	氏名			生年月日	年 月 日
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号			世帯主との続柄	
第三者行為（交通事故など）によるご利用ですか				はい・ いいえ	
長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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		

上記のとおり申請します。

和光市長 宛

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

保 険 者 記 入 欄			
所得区分判定	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	現Ⅰ ・ 現Ⅱ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ	
納付状況	完納 ・ 未納	申告	あり ・ なし