

様式第7号（第17条第1項関係）

国民健康保険 限度額適用
標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

草津市長 宛

下記のとおり申請します。

被保険者証記号番号	滋草				
世帯主	住所				
	氏名	⑨	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号 <small>(マイナンバー)</small>		電話番号	()	
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号 <small>(マイナンバー)</small>				
	世帯主 との続柄				
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 年 月 日まで 日間			
	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 年 月 日まで 日間			
	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 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間（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			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（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			
		所在地			

※下記は記入しないでください。

保険税納付状況（70歳未満）	完納 ・ 未納有り
本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	