

収 納	交 付 方 法
	手 渡 ・ 郵 送

限 度 額 適 用
 甲 府 市 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

(あて先)		年 月 日
	甲 府 市 長 (世帯主) 住 所	
	〒 _____	
	甲 府 市 _____ 丁 目 _____ 番 号 _____	
	_____ 番 地 _____	
	フリガナ _____	
	氏 名 _____ (男・女)	
	個 人 番 号 _____	
	電 話 番 号 _____	

被保険者証 記号・番号	—	区分	一般	長期入院	該当・非該当
対象者	フリガナ 氏 名 個 人 番 号 (昭和・平成・令和) 年 月 日生(男・女)			世帯主との 続 柄	

申請日の前1年間の入院期間(日数)			入院をした保険医療機関等		
①	年 月 日から	日間	所在地		
	年 月 日まで		名称		
②	年 月 日から	日間	所在地		
	年 月 日まで		名称		
③	年 月 日から	日間	所在地		
	年 月 日まで		名称		
④	年 月 日から	日間	所在地		
	年 月 日まで		名称		
⑤	年 月 日から	日間	所在地		
	年 月 日まで		名称		

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・却下決定 年 月 日

処理欄	市民税確認欄	認定	発行年月日	年 月 日	決定欄
	ア・イ・ウ・エ・オ		長期該当年月日	年 月 日	
	低Ⅰ・低Ⅱ 現役並みⅠ・現役並みⅡ	却下			

来庁者氏名

(対象者との続柄)