

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

年 月 日

被保険者証記号番号		負担区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ・ア・イ・ウ・エ・オ・ 現役並みⅠ・現役並みⅡ			
世帯主 (組合員)	住所					
	氏名			生年月日	年 月 日	
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日	
	世帯主(組合員)との続柄			個人番号		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	法別番号	一般・退職
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から	月 日	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	月 日	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	月 日	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	月 日	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	月 日	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

*記入者署名	*続柄	*電話番号
--------	-----	-------