

# 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日； 年 月 日

被保険者証記号番号					
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	男・女
	個人番号				
減額対象者	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
	個人番号				
	世帯主(組合員) との続柄		電話番号		
長期入院	該当・非該当	〔 適用区分 〕			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	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)	令和 年 月 日 から	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)	令和 年 月 日 から	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)	令和 年 月 日 から	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)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			