

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

記号番号		014-																			
世帯主 (組合員)	住所																				
	氏名											印	生年月日		昭・平・令		年	月	日	男・女	
	個人番号																				
限度額適用 減額対象者	氏名											生年月日		昭・平・令		年	月	日	男・女		
	世帯主(組合員)との続柄											電話番号		()							
	個人番号																				
申請者	住所																				
	氏名											電話番号		()							
受取方法		郵送・窓口										長期入院		該当・非該当							
①	入院期間(日数)											年		月	日から			日	間		
	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		
	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		
	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			日	間		
	入院をした保険医療機関等											名称									
												所在地									

境界層 ☐該当 ☐非該当

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	
-----------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

受付場所 本館 玉穂支所 豊富支所