

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

被保険者証記号番号		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場合は、省略できる。

受付場所 本館 玉穂支所 豊富支所