

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

被保険者証記号番号								
世帯主 (組合員)	住所							
	氏名	⑩	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄							
長期入院	該当・非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

申請者(世帯主)

住 所
氏 名

⑩