

限度額適用

決 裁		
課 長	係 長	係 員

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		生年月日	昭和・平成・令和	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	昭和・平成・令和	年	月	日	男・女
	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				
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・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)	平成・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)	平成・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)	平成・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)	平成・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						

上記のとおり、関係書類を添えて、国民健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

連絡先 : \_\_\_\_\_

川崎町長

殿