

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

被保険者記号番号								
世帯主	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)	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						

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 : _____

連絡先 : _____

川崎町長

殿