限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

	決 裁	
課 長	係 長	係 員

限度額適用•標準負担額減額

被保険者証記号番号							•								
		住 所													
世帯主 (組合員)		氏 名					生年	月日	昭	和・平成・令	旬	年	月	日	男・女
W-1124		個人番号	<u>1</u> .						<u> </u>						
限度額適用 減額対象者		氏 名					生年	月日	昭	和・平成・令	印	年	月	日	男・女
		世帯主(組合	・員)との)続柄				1	個人番	号				
長期入院 該当 · 非該当 交通事故			故等の第三	者行為	ड े	有	• 無		I						
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)					令		— 年		月 月		から まで			日間
						名称					H				
	入院をした保険医療機関等			所 在	地										
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)						令和 令和		<u>.</u>			日から 日まで		日間	
	ᇻᄱᆉᅪᆝᅶᄱᄱᄉᇋᆄᄱᄱᄝᄽ			名利	Ĭ,										
	入院をした保険医療機関等				所 在	地									
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)					令		年 年		月 月		から まで			日間
	入院をした保険医療機関等			名利	jt .										
				所 在	地										
4	申請	申請日の前1年間の入院期間(日数)					和 和	年 年		月 月		から まで			日間
	入院をした保険医療機関等			名和	j.										
				所在	地										
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)				令令		年 年		月 月		から まで			日間	
	入院をした保険医療機関等		名利	Ţ.											
	/ NPUで OTCPNI次位が(X区) 寸			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 :