限度額適用

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 | 　　年　月　日 |  |
| 個人番号 |  |  |
| 限度額適用減額対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　月　日 |  |
| 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） | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日まで | 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） | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日まで | 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　　　　　　年　　　月　　　日まで | 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　　　　　　年　　　月　　　日まで | 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） | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日まで | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所 在 地 |  |

　　年　　月　　日

申請者

　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号