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