

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書														
被保険者記号・番号					—									
対象者	住所													
	氏名								生年月日				男・女	
	個人番号													
長期入院		該当 ・ 非該当												

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。					入院日数合計 (日間)										
①	申請日の前1年間の入院日数	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 (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年間の入院日数	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 (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年間の入院日数	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 (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年間の入院日数	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 (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年間の入院日数	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 (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の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 宇治田原町

氏 名

個人番号

電 話 () —

宇治田原町長 様