

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

令和 年 月 日

被保険者番号		原				電話番号				—				—				
世帯主	住所	京都府綴喜郡宇治田原町																
	氏名							生年月日			昭・平・令 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・平・令 年 月 日			男・女				
	個人番号																	
	世帯主との続柄																	
長期入院	該当・非該当																	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）						平・令 年 月 日から 日間						平・令 年 月 日まで					
	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）						平・令 年 月 日から 日間						平・令 年 月 日まで					
	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）						平・令 年 月 日から 日間						平・令 年 月 日まで					
	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）						平・令 年 月 日から 日間						平・令 年 月 日まで					
	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）						平・令 年 月 日から 日間						平・令 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等						名称											
							所在地											