

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書										
被保険者証記号・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