

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 | | | | | | | | | | |