## 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

被保険者証記号番号											
	世帯主	住 所									
		氏 名					生年月日		年	月	日
限度額適用 氏 名   減額対象者 世帯主							個人番号				·
			の続柄				生年月日		年	月	
長期入院 該当				<b>当</b> •	非該	当					
, , ,	こから下に	は、長期入院	院該当者の	み記入し	てください	/ <b>\</b> 0		入院日	数合計(		日間)
1	申請日の前1年間の		入院期間(	(口粉)	平成	年	月	日	から		日間
				(口奴)	平成	年	月	日	まで		
	オルウナ、1	4.11	松月月左左		名 称						
	入院をした保険医療機関等				所在地						
2			→ pd. ((a pp	( )k( )	平成	年	月	日	から		
	申請日の前1年間の入院期間(日数) 			平成	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			入院期間	(日数)	平成	<u></u> 年	月	日	から		日間
	申請日の 	前1年間の			平成	年	月	日	まで		
					名 称						
	入院をし 	た保険医療	機関等		所在地						
4				(日数)	平成	L 年			から		日間
	申請日の	前1年間の	入院期間		平成	年	月	日	まで		
					名 称						
	入院をした保険医療機関等				所在地						
5				(日数)	平成	L 年			から		
	申請日の	前1年間の	入院期間		平成	年	月		まで		日間
					名 称	<u>'</u>					
	入院をし	た保険医療	機関等		所在地						
[ ⇒-		 ひとおり関係書類を添えて				ъ.					
上記	このとおり	関係書類を	徐乙(認)	正証の父1	可を申請し	ン <b>よ</b> す。					
						平	成	年	月	日	
住	所 _										
世帯主名 (申請者)											
電託来早											
市長											
殿 											
	認	5 I		·民税非課税証明書 請却下通知書				受付番号 交付番号			号) 号)
<b></b>		E / ハ 公簿 (						忍定等年	三月日	_	
		ニ 却下 (理由				<b>亚洲</b> 5 10	)	平成		<u>月</u>	日
ĺ	Ⅰ	額支給有	· 無	〔〔〕	尹燝袞箕₹	宗华須担	且額差額支流	陌百帳角	E:仃番号	(弗	号)