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(組合員)		住所																			
		氏名						印	生年月日	3	昭	· 平		年	,	月	日	男	· 女		
		個人番	個人番号																		
限度額適用 減額対象者		氏名			<u>l</u>	1 1	<u> </u>	<u> </u>	生年月日	3	昭	· 平		年		月	日	男	· 女		
		世帯主(組合員)との続柄							個人	 番号											
	入院	該当・非該当				<u> </u>	事故	等の第3	 E者行為		<u> </u> 有	•	無		<u> </u>	<u> </u>	i	<u> </u>	į		
1)	+ -+	一				平	成	年		月		目	カゝ	ら				→ B B			
	甲請日の	前1年間の入院期間(日数)					平	成	年		月		目	ま	で			日間			
	入院をした保険医療機関等					名	称														
						所	在地														
2	中建口の前1年間の312年期間(日巻)					平	成	年	,	月		目	か	5				日間			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)						平	成	年	,	月		目	ま	で				H [Ħ]		
	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	成	年	,	月		月	か	ら				日間			
						平	成	年	,	月		目	ま	で							
	入院をした保険医療機関等						名	称													
							所	在地													
4	中装口の並1年間の1時期(口粉)					平	成	年	,	月		目	か	ら			口門				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)						平	成	年	,	月		目	ま	で				日間		
	入院をした保険医療機関等						名	称													
							所	在地													
(5)	由き口の治1年間の1時期(口巻)					平	成	年	,	月		目	か	ら				日間			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)						平	成	年	,	月		目	ま	で						
						名	称														
	入院をした保険医療機関等						所	在地													
												긔	龙成		年		月		日		
		下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世														の世					
市区町村長が証明する欄		帯に属する被保険者に年度の市(区)町村										課さ	れな	いて	_ と ?	を証	明する	る 。			
																			_\		
																			_`		
									<u> </u>	7区田	丁村	長名						印			

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認する ことができるときは、省略できる。

> 番号確認 : 番号力・通知力・住民票・他(※処理欄 身分確認 : (1点)番号力・免・旅券・他(

(2点)通知力•保•他(