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

被保険者記号番号						電話者	番号		
		住	所						
世	帯主	rr.	Ħ	12.0		生年	月日		男・女
		氏	名		El1	成 年 月 日から 成 年 月 日まで 成 年 月 日から 成 年 月 日まで 称			
減額対象者		氏	名			生年	月日		男・女
		世帯の紛				個人看	番号		·
長	期	入	院	該当 • 非	該 当				
1)	由建口	の並 1 年間 σ			平成	年	月	日から	口即
	中明口	の前1年間の入院期間(日数)			平成	年	月	日まで	H [₽]
	入院をした保険医療機関等			今 医 安 	名 称				
				所在地					
)	中建口の並1年間の3122年間(口粉)			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	[□ [F]
2	入院をした保険医療機関等				名 称				
	<u> 八所でした休</u> 問			R 区 原 機 関 守	所在地				
	由彗日(青日の前1年間の入院期	17、『空期間(日粉)	平成	年	月	日から	日間	
3	下明 口。	ii ロツ削 Ⅰ 平间の八阮朔间(日剱) 				年	月	日まで	□ [#]
0	オ 『空 オ	5 1 <i>1</i> =	- 4早. 18	食医療機関等	名 称				
	八		- M	ス	所在地				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成	年	月	日から	日間	
4	中間口の削1 中間の人院期間(日数)				平成	年	月	日まで	□ [1]
4	7 陰 2	シーゲ	- 促派	全压 棒 樾 閲 笙	名 称				
	入院をした保険医療機関等			所在地					
	申請日の前1年間の入院期間(日数			17、12、11、11、11、11、11、11、11、11、11、11、11、11、	平成	年	月	日から	日間
(5)				· / \['\\ 79\] [FI 30X]	平成	年	月	日まで	⊢ l±1
9	え 腔 ま	> <i>+</i> ,	- 促 🛚	食医療機関等	名 称				
			- NT P	大心 冰 城 民 守	所在地				

	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及びその世帯に属す						
市町村長が	る被保険者に 年度の市町村民税が課されていないことを証明する						
証明する欄							
	市町村長名	_印					

備考 「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、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。