

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

個人番号（対象者）																			
被保険者証記号・番号																			
世帯主	氏名																		
減額対象者	氏名																		
	生年月日	年	月	日	男・女														
	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）	年	月	日から	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年間の入院期間（日数）	年	月	日から	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年間の入院期間（日数）	年	月	日から	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年間の入院期間（日数）	年	月	日から	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年間の入院期間（日数）	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり申請します。

年 月 日

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主 住所
氏名

印

後志広域連合長様