

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

美郷町長

様

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|--------|---------|-------|-----|-------|------|-------|-----|
| 被保険者番号 | | | | 一般・退職 | | | |
| 世帯主 | 住所 | 美郷町 | | 電話 | — | | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | 明大平昭 | 年 月 日 | 男・女 |
| 減額対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | 明大平昭 | 年 月 日 | 男・女 |
| | 世帯主との続柄 | | | | | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 第三者行為 | 有・無 | | | | |

| | | | | |
|-----|-------------------|--------------------------|--|----|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 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） | 令和 年 月 日から 令和 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 | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 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） | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 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） | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | |
| 所在地 | | | | |

| | | | | | | |
|------|-------|----------|------|-----|--|-----|
| 減額台帳 | 発効期日 | 令和 年 月 日 | 交付番号 | No. | | 受 理 |
| | 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 却下年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |