

**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		印	生年月日	明大 昭平	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名			生年月日	明大 昭平	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.	
	有効期限	令和 年 月 日	受 理		
	却下年月日	令和 年 月 日			