

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		別海・	電話番号			
世帯主	住所	別海町 番地				
	氏名	Ⓜ	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女	
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	男・女	
	個人番号					
	世帯主との続柄		長期入院 (90日以上入院)	該当・非該当		

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