

				No.	
				適用区分	
課長	係長	係	確認者	前期高齢者	一般・退職
				低Ⅰ 低Ⅱ	ア イ ウ エ オ

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

平成 年 月 日

世帯主	記号番号	武国保	個人番号		男・女
	住所				
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日	
申請者	住所				
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日	
	電話番号		個人番号		男・女
	世帯主との続柄				
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	世帯主との続柄		個人番号		男・女

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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

医療機関		入院日	
納付確認	無・有 ()		