

課長	係長	係

一般	退職	前期高齢者

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		武国保						
世帯主	住所 武雄市		町大字			番地		
	氏名		生年 月日	MS TH	年	月	日	男・女
減額対象者	氏名		生年 月日	S H	年	月	日	男・女
	世帯主との続柄		(※個人コード)					
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	日間
			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	日間
			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	日間
			平成		年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地						
平成 年 月 日								

入院予定の医療機関名

適用区分	
前期高齢者	一般・退職
低I 低II	A B C

確認者