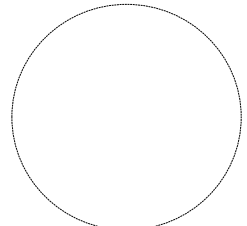


国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		(枝番)			
世帯主	住所				
	氏名		生年 月日		
	個人番号	●	●	●	●
限度額適用 減額対象者	氏名		生年 月日		
	個人番号	●	●	●	●
	世帯主との続柄				
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)	から 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)	から 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)	から まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

届出者	氏名		電話番号	
	世帯主との続柄			



判定		種別	納付		備考
ア	現役並Ⅱ	一般	確認		
イ	現役並Ⅰ		未あり		
ウ		受付	交付		
エ	低Ⅱ	70	窓口	窓口	
オ	低Ⅰ	75	郵送	郵送	

決裁	課長	統括	担当