

国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書（長期）

受付年月日	. .	被保番		区分	
交付年月日	. .	申請者 (世帯主)	⑩		
発効年月日	. .	個人番号			
有効年月日	. .	減額対象者			
長期入院 該当年月日	. .	個人番号			

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