

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



被保険者証番号		香川 5												
住所		観音寺市 町												
世帯主	氏名	⑩								電話		— —		
減額対象者	氏名					生年月日	昭平令	年	月	日	男・女			
	世帯主との続柄					個人番号								
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）				年 月 日から 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）				年 月 日から 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）				年 月 日から 年 月 日まで								日間	
	入院をした保険医療機関等				名称									
					所在地									
申請日	令和 年 月 日				申請者氏名									
交通事故等の第三者行為による傷病ですか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		個人番号								
交付方法	窓口・郵送		送付先住所 <small>(住所地と異なる場合に記入)</small>			〒 —								

後期、前期、退、納税、所得区分(未申告者)、非課税の長期該当、非自発

	窓口 交付済		公簿確認	印
	郵送済	年度分	交付日	
未申告、 所得不明	有 無	発効期日 ~ 有効期限	~	