

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	香川 5					
住所	観音寺市 町					
世帯主	氏名				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 (住所地と異なる場合に記入)	〒 -			

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	未申告、 所得不明	有・無	公簿確認	印
	郵送済	未納	有・無		
		交付日		長期該当日	
年度分	発効期日 ~ 有効期限				