

様式第7号

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号番号	松国										年 月 日								
世帯主	住所	松原市																	
	氏名											生年月日	年	月	日	男・女			
	電話番号	()										—							
個人番号																			
認定対象者	氏名											続柄		男・女					
	生年月日											年	月		日				
	個人番号																		
長期入院	該当・非該当										施行令	3号該当・4号該当							
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																	
④	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																	

ここからは記入しないでください

判定	Ⅱ・Ⅰ	備考		受付	
----	-----	----	--	----	--