

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	松 国	年 月 日
世帯主	住 所	松原市
	氏 名	生年月日 年 月 日 電話番号 () -
	個人番号	
限度額適用 減額対象者	氏 名	生年月日 年 月 日
	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
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
⑤	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
適用区分		保険料納付状況 完納 ・ 分納誓約
備 考		受 付