

様式第7号

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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				
認定対象者	氏 名	生年月日 年 月 日			続柄
	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	
-----	-------	-----	--	-----	--