

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

被保険者証 記号番号	松 国					年 月 日						
世帯主	住 所	松原市										
	氏 名						印	生年月日	年 月 日			男・女
	個人番号						電話番号	( ) -				
限度額適用 減額対象者	氏 名						生年月日	昭・平 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									
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		