

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

被保険者番号							
世帯主	住所	猪名川町					
	氏名		生年 月日	昭 平 令	年	月	日 男女
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						
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 日間 年 月 日まで					
	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 日間 年 月 日まで					
	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 日間 年 月 日まで					
	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 日間 年 月 日まで					
	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 日間 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
令和 年 月 日							
申請者住所		猪名川町					
氏名		印					