

記入例

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

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	世帯主の氏名等をご記入ください。
世帯主	住所 猪名川町 上野字北畑11-1							
世帯主	氏名	猪名川 太郎		生年月日	昭平令	×年×月×日		男
減額対象者	氏名	猪名川 花子		生年月日	昭平令	×年×月×日		女
	世帯主との続柄	妻						
長期入院	該当・非該当	減額認定を希望される方の、氏名等をご記入ください。						

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
②	申請日	過去1年間に90日以上にわたり入院されている方のみ、ご記入ください。	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				

令和 ×× 年 × 月 ×× 日

申請者住所 猪名川町 上野字北畑11-1

氏名 猪名川 太郎

