国民健康保険

限度額適用 標準負担額減額 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		個。	人番号	- ラ							
減額対象者 氏 名		生年月日		3		年 月 日		男・	男・女		
世帯主との続柄		長	期	入	院	該当	•	非該当			
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 年	月 月		日から 日まで		日	間		
① 入院をした保険医療機関等	名		称								
	所	在	地								
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 年	月 月		日から 日まで		日	間		
入院をした保険医療機関等	名		称								
	所	在	地								
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 年	月 月		日から 日まで		日	間		
③ 入院をした保険医療機関等	名		称			,, ,, ,					
		在	地								
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 年 年	月 月		日から 日まで		日	間		
4	名		称	万		μаς					
入院をした保険医療機関等			地								
			年	月		日から		日	間		
			年 	月		日まで			1.4		
入院をした保険医療機関等	名		称								
	所	在	地								
上記のとおり申請します。											
年 月 日		住	所								
世帯主 氏 名											
1				個人番号							
電 郡上市長 様											