

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	
減額対象者	氏 名	生年月日	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 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	
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
住 所			
世帯主 氏 名			
個人番号			
電話番号			
郡上市長 様			