

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

記 号 番 号		8 4 ー						令和 年 月 日							
世 帯 主	住 所	邑南町													
	氏 名							生年月日		年 月 日生					
	個 人 番 号														
減 額 対 象 者	氏 名							生年月日		年 月 日生					
	個 人 番 号														
	世帯主（組合員）との続柄							区 分							

長期入院		該当 ・ 非該当		備考			
ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。					入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数		令和 年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院した保険医療機関等	名称					
		所在地					
②	申請日の前1年間の入院日数		令和 年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院した保険医療機関等	名称					
		所在地					
③	申請日の前1年間の入院日数		令和 年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院した保険医療機関等	名称					
		所在地					

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

・窓口に来た人 世帯主・減額対象者・その他（同一世帯者・ ）※本人確認欄【 】

・その他来庁者 氏 名 連絡先