

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

被保険者証記号番号		山 1 3 ・			□再交付	
世 帯 主	住 所	美祢市				
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
減 額 対 象 者	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		本人・夫・妻・子・他()			
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	第 三 者 行 為	該 当 ・ 非 該 当			

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	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						

上記のとおり関係書類を添えて、限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日

(※)

世帯主 氏 名 _____ (印)

連絡先 () _____

美 祢 市 長 殿

決 裁	課 長	班 長	班	受理者

(※) 本人が手書きをしない場合は、記名押印してください。