

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

被保険者記号・番号		03-					
世帯主	住所	島根県出雲市					
	氏名				生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏名				個人番号		
	世帯主との続柄				生年月日	年 月 日	
長期入院	該当・非該当			交通事故等の第三者行為		有・無	
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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から			日間		
		令和 年 月 日 まで					
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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 出雲市

氏名 電話番号

認定証 住所 同上・出雲市

受領者 氏名 続柄

本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード		
	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> その他( )		
			照合	担当