

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				長期入院	該当・非該当	
世帯主	住所	南あわじ市				
	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	世帯主との続柄		交通事故等の第三者行為	有・無		
長期入院	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年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日から	平成・令和
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで	日間
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日から	平成・令和
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで	日間
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日から	平成・令和
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで	日間
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日から	平成・令和
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで	日間
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日から	平成・令和
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日まで	日間
		所在地				

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

南あわじ市長 様

申請者 住所 南あわじ市 _____

(世帯主)

氏名 _____ 印

個人番号 _____

連絡先 TEL _____

本人確認	個人番号確認	交付	担当者確認
書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他()			