

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

余市町長 様

下記のとおり交付申請します。

令和 年 月 日

被保険者記号番号	余										
世帯主	住所	余市町 町 丁目 番地									
	氏名					生年月日	昭・平・令 年 月 日	男 女			
	個人番号					電話番号					
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	昭・平・令 年 月 日	男 女			
	個人番号										
	世帯主との続柄										
長期入院	該当 ・ 非該当	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				令和 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)	令和 年 月 日 から				令和 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)	令和 年 月 日 から				令和 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)	令和 年 月 日 から				令和 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)	令和 年 月 日 から				令和 年 月 日 まで				日間	
	入院をした保険医療機関等	名称									
		所在地									

備考	
----	--

第三者行為	認定区分確認	認定区分	差額支給	発効期日	受付	入力
有・無	1 市町村民税非課税証明書 2 公簿 3 その他		有 無			

◆ 太枠の中を黒のボールペンでお書きください。