

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

被保険者証の 記号番号	中川	世帯主 氏名			
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	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年間の入院日数	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	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	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	入院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、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

中川町長様

町処理欄	認定証交付	1 決定 区分：ア イ ウ エ オ 現役並Ⅱ 現役並Ⅰ 低所得Ⅱ 低所得Ⅰ 2 却下（理由： ）	課長	室長	主査	担当
		課税状況（課税・非課税）				