

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

No.

被保険者 記号番号	み 塩 A 00000	生年月日	0000年 00月 00日
減額対象者	フリガナ	性別	男・女
	氏名	個人番号	0000000000000000
	世帯主(組合員)との続柄	長期入院	該当・非該当

①	入院中・入院予定の期間(日数)	00 00年00月00日から	00 00年00月00日まで	00日間	
	入院中・入院予定の保険医療機関等名	名称	0000病院		
		所在地	00市00町00番00号		
②	入院中・入院予定の期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院中・入院予定の保険医療機関等名	名称			
		所在地			
③	入院中・入院予定の期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院中・入院予定の保険医療機関等名	名称			
		所在地			
①	以前入院していた期間(申請日より一年間のもの) ※90日以上は要記入	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院していた保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	以前入院していた期間(申請日より一年間のもの) ※90日以上は要記入	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院していた保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記の通り申請します。

00 年 00 月 00 日

住所 塩竈市00町00番00号

《世帯主》

氏名 塩竈 太郎 印 (男)・女

個人番号 0000000000000000

電話 000 (000) 0000

塩竈市長 殿

本人確認欄
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()