

限度額適用・標準負担額減額認定申請書					
被保険者 記号番号					
世帯主住所					
世帯主氏名		印	男女	生年月日	年 月 日
減額 対象者	氏名		男女	世帯主 との続柄	
	生年月日	大 昭 平	年 月 日	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下さい。					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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
<p>上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">福島県南会津郡下郷町長 殿</p>					

※ 他の連絡先:〒
又は代理人

TEL () -