

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

被保険者証記号番号									
世帯主	住所								
	氏名	①	生年月日	年	月	日	性別		
	個人番号								
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年	月	日	性別
	世帯主との続柄			個人番号					
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年		月	日から	日間		
			年		月	日まで			
	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)		年		月	日から	日間		
			年		月	日まで			
	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)		年		月	日から	日間		
			年		月	日まで			
	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)		年		月	日から	日間		
			年		月	日まで			
	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)		年		月	日から	日間		
			年		月	日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称						
所在地									