

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

被保険者記号・番号		島92						—		
世帯主	住所									
	氏名				生年月日	年	月	日		
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年	月	日		
	個人番号									
	世帯主との続柄				長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等の証明 ※医療機関等が記入してください。	上記のとおり入院したことを証明します。 所在地 名称								
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等の証明 ※医療機関等が記入してください。	上記のとおり入院したことを証明します。 所在地 名称								
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等の証明 ※医療機関等が記入してください。	上記のとおり入院したことを証明します。 所在地 名称								
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 年 月 日										
				個人番号	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>					
				住所						
				世帯主氏名						
				電話番号	()					
南相馬市長										
処 理 欄	交付年月日				年	月	日	備考		
	発行(却下)年月日				年	月	日			
	長期該当年月日				年	月	日			
	有効期限				年	月	日			
	交付番号				第	号		負担区分判定		
	長期該当交付番号				第	号		ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ		