

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証	記号	寝国	番号	
世帯主	住所			
	氏名		性別	男・女
	個人番号		生年月日	年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名		性別	男・女
	個人番号		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	年 月 日	
種類	一般・退職本人・退職扶養	加害者の有無	有・無	

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 日から	計		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年間の入院日数	年 月 日から	計		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年間の入院日数	年 月 日から	計		日間
		年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					

(あて先) 寝屋川市長

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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

世帯主 住所 _____
 氏名(署名) _____
 電話番号 _____