

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 番号			
減額対象被保険者	性別	世帯主 との続柄	生年月日
	男・女		明・大 昭・平 年 月 日
入院日数合計	日間	長期入院	該当・非該当

申請日の前1年間の入院状況

	入院期間(日数)	平成 年 月 日 から		日間
		平成 年 月 日 まで		
	保険医療機関等	所在地		
		名称		
	入院期間(日数)	平成 年 月 日 から		日間
		平成 年 月 日 まで		
	保険医療機関等	所在地		
		名称		
	入院期間(日数)	平成 年 月 日 から		日間
		平成 年 月 日 まで		
	保険医療機関等	所在地		
		名称		
	入院期間(日数)	平成 年 月 日 から		日間
		平成 年 月 日 まで		
	保険医療機関等	所在地		
		名称		

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

住所

申請者(世帯主) 氏名

印

葦崎市長 殿

電話