

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

被保険者証記号番号				長期入院	該当・非該当	
限度額適用 減額対象者	住所	淡路市				
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	個人番号					
世帯主	氏名		世帯主 との続柄			
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ください。				入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間			
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

淡路市長 様

申請者 住所 淡路市 _____

(世帯主)

氏名 _____

個人番号 _____

TEL _____

市区町職員 記載欄	本人確認欄 (該当に○)	確認者 (職員名)
	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカード ・運転免許証 () ・その他 () 	