

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 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	
	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）
	・マイナンバーカード ・運転免許証 ・その他（ ）	