

国民健康保険		限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額		認定申請書	
被保険者記号番号					
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
	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)	年	月	日	から 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)	年	月	日	から 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)	年	月	日	から 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)	年	月	日	から 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		住所			
		世帯主名 (申請者)			
		電話番号			
あさぎり町長 様					
届出者	氏名	世帯主との続柄			
	住所	連絡先			
※届出者が世帯主の場合、記入不要					
職員 記入欄	届出者本人確認		番号等		担当
	免許 / 在留 / 旅券 / 住基C / 個人C 国保 / 社・共 / 後高 / 聴取				
※本人確認の際に個人番号は記入せず、発行自治体と有効期限を記入					