

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	男・女	
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
	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	
		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年間の入院期間(日数)	年 月 日 から		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年間の入院期間(日数)	年 月 日 から		日間	
		年 月 日 まで			
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	
		年 月 日 まで			
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	本人確認欄				担当
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他				