国民健康保険　限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証の記号番号	香川　15　・　　－

世帯主	住所	小豆郡土庄町		
	氏名	印	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	個人番号		電話番号	
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	個人番号		世帯主との続柄	
医療機関受診理由	□私傷病　□第三者の行為　1.交通事故　2.ひき逃げ　□仕事中のケガ等　3.けんか　4.その他（　　）			
長期入院	該当　・　非該当			

長期入院の場合

入院日数合計	日間

①	申請日の前1年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額を申請します。

令和　　年　　月　　日

町使用欄

一般・退職本人・退職扶養	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	完納・未納	長期入院レセ確認 □	有効期限 年　月　日