

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					
世帯主	住所	玖珠町大字			
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	男・女
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
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			
⑤	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認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 印 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

大分県玖珠郡玖珠町長 殿