

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	記号	夕	番号				
世帯主	住所	夕張市					
	氏名						
	個人番号	生年月日	年	月	日	性別	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名						
	個人番号	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	世帯主との 続柄						
長期入院	該当 ・ 非該当	91日目該当日	年	月	日		
種類	一般	退職本人	退職扶養				
所得区分				境界層	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年間の入院日数	年	月	日	から
		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年間の入院日数	年	月	日	から
		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年間の入院日数	年	月	日	から
		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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

住所
 世帯主 氏名
 電話