

様式第9号(第9条の3関係)

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	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	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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

住所
世帯主 氏名
電話