

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

上板町長 殿		被保険者証 の記号番号	上板
減額対象者	氏名	生年月日	昭平 年 月 日 令
	個人番号	世帯主との続柄	
長期入院	該当（ 年 月 日 ） ・ 非該当	第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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	

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請日 年 月 日

世帯主 住所 上板町 _____

個人番号 _____

氏名 _____

電話番号 () - _____

※申請者が世帯主以外の場合に記入

氏名 _____ 世帯主との続柄 _____

電話番号 _____