

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	02 —			
限度額適用 減額対象者	氏名		個人 番号	
	住所	駒ヶ根市		
	生年月日	年	月	日

申請日前、一年間に90日を越す入院があった方のみ記入ください。			入院日数合計	日
1	申請日の前1年間の入院期間	年	月	日から
	入院をした保険医療機関	年	月	日まで
		日間		
		名称		
		所在地		
2	申請日の前1年間の入院期間	年	月	日から
	入院をした保険医療機関	年	月	日まで
		日間		
		名称		
		所在地		
3	申請日の前1年間の入院期間	年	月	日から
	入院をした保険医療機関	年	月	日まで
		日間		
		名称		
		所在地		
4	申請日の前1年間の入院期間	年	月	日から
	入院をした保険医療機関	年	月	日まで
		日間		
		名称		
		所在地		

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
 なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を国保事務担当職員が閲覧することを承諾します。

年 月 日

住所 駒ヶ根市

世帯主 氏名

個人番号

長野県駒ヶ根市長 様 (連絡先 — —)

【処理欄】

・	収納状況確認	完納・他()	決 裁		
受 付	適用区分	ア イ ウ エ オ	係	係長	課長
	長期入院	該当 非該当			
	該当日	年 月 日			