

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

余市町長 様

下記のとおり交付申請します。

令和 x 年 x 月 x 日

被保険者記号番号	余 100000															
世帯主	住所	余市町 朝日町 丁目 26番地														
	氏名	余市 太郎			生年月日	昭・平・令 55年 1月 28日	男	女								
	個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	電話番号	0135-21-2111	
限度額適用 減額対象者	氏名	余市 花子			生年月日	昭・平・令 56年 11月 5日	男	女								
	個人番号	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6			
	世帯主との続柄	妻														

◆ 太枠の中を黒のボールペンでお書きください。

長期入院	該当 ・ 非該当	入院日数合計( 日間)									
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで						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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで						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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで						日間	
	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)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで						日間	
	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)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで						日間	
	入院をした保険医療機関等	名称									所在地

備考	
----	--

第三者行為	認定区分確認	認定区分	差額支給	発効期日	受付	入力
有・無	1 市町村民税非課税証明書 2 公簿 3 その他		有 無			