

課長	課長補佐	副主幹	係長	主査	係

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		香川 49				
世帯主	住所					
	氏名	生年月日	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年	月	日	男・女
	世帯主との続柄					
長期入院	該当 ・ 非該当					

長期入院の場合

		入院日数合計	日間
①	申請日の前1年間の入院日数	R 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	R 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	R 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	R 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	R 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額を申請します。

令和 年 月 日

町使用欄

所得		判定 A・B・C	納付状況	完納・未納
----	--	-------------	------	-------