

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

年 月 日

川南町長 殿

世帯主 住所 川南町大字

氏名

個人番号

電話 (- -)

(窓口に来た人の氏名)

被保険者記号・番号		個人番号	
限度額適用	氏名	性別	男・女
減額対象者	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄
長期入院	該当・非該当		

ここからは、長期入院該当の申請のときのみ記入してください。

		入院合計日数	日間
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	

備考

- 1 長期入院該当は、住民税非課税世帯(低所得I以外)で過去1年の入院が90日を越える場合
- 2 長期入院該当者の場合は、入院期間が確認できる書類(領収称証など)を提示してください。
- 3 既に減額認定を受けている方は、減額認定証を提出してください。

交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日