

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

被保険者証記号番号		小国			申請日： 令和 年 月 日		
世帯主 (組合員)	住所	熊本県阿蘇郡小国町大字					
	氏名	Ⓔ		生年月日	昭・平 年 月 日	男・女	
減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	世帯主(組合員)との続柄				個人番号		
交通事故など第三者による負傷		有・無		区分：ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II			
長期入院	該当・非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から 日間 平成令和 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)		平成 年 月 日から 日間 平成令和 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)		平成 年 月 日から 日間 平成令和 年 月 日まで				
	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)		平成 年 月 日から 日間 平成令和 年 月 日まで				
	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)		平成 年 月 日から 日間 平成令和 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				