

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				