

国民健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

被保険者証	記号	よりい	番号												
世帯主	住所	埼玉県大里郡寄居町大字													
	氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	男・女							
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女							
	世帯主との続柄		個人番号												
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当														
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から			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)	年 月 日から			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)	年 月 日から			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)	年 月 日から			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)	年 月 日から			年 月 日まで			日間							
	入院をした保険医療機関等	名称													
		所在地													
所得区分															
<p>上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 埼玉県大里郡寄居町大字</p> <p>世帯主</p> <p>氏名</p>															