

限 度 額 適 用
標 準 負 担 額 減 額
国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証記号番号	井大				
世帯主	住所	福井県 大野市			
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
長期入院	該当・非該当				

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計(日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日(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～ 年 月 日(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～ 年 月 日(日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (世帯主)(居住地) 氏名 ㊟ 個人番号(— —)</p> <p>大野市長 殿</p>					

適用区分	確認	長期入院	確認
		該当・非該当	
納税確認		証交付	窓口渡し・郵便