

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	
減 額 対象者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	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	
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
申請者 住 所 (世帯主) (居住地)			
氏 名			
個人番号 (- -)			
大 野 市 長 様			

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