

| <b>限度額適用・標準負担額減額認定申請書</b>   |               |                     |             |              |             |
|---|---------------|---------------------|-------------|--------------|-------------|
| 被保険者<br>記号番号  |               |                     |             |              |             |
| 世帯主住所   |               |                     |             |              |             |
| 世帯主氏名   | 印             | 男<br>女              | 生年月日        | 年            | 月 日         |
| 減額<br>対象者   | 氏名            | 男<br>女              | 世帯主<br>との続柄 |              |             |
|   | 生年月日          | 大<br>昭<br>平         | 年 月 日       | 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                 |             |              |             |
| ④   | 申請日の前1年間の入院日数 | 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                 |             |              |             |
| ⑤   | 申請日の前1年間の入院日数 | 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>上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請<br/>します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">福島県南会津郡下郷町長 殿</p> |               |                     |             |              |             |

※ 他の連絡先:〒  
又は代理人

TEL ( ) -