

(様式)

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

被保険者番号	6	—	申請日	令和	年	月	日	
世帯主	住所	山梨県西八代郡市川三郷町						
	氏名						男・女	
	個人番号							
対象者	氏名			生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号							
	世帯主との続柄							
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無					

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	H・R	年	月	日から	日間	
		H・R	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)	H・R	年	月	日から	日間	
		H・R	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)	H・R	年	月	日から	日間	
		H・R	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)	H・R	年	月	日から	日間	
		H・R	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 対象者との続柄 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

上記の通り申請します。 (宛先) 市川三郷町長