

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

被保険者証記号番号	03									
住所										
世帯主氏名	個人番号				区分	一般・	続柄			
該当者氏名	個人番号				生年月日	昭・平・令	年	月	日	
長期入院	該当・	非該当		長期該当年月日	年	月	日			

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。      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	日から	年	月	日まで (      日間)
	入院をした保険医療機関等	医療機関名					
		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	医療機関名					
		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	医療機関名					
		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	医療機関名					
		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	医療機関名					
		所在地					

令和      年      月      日  
 世帯主

住所      出雲市  
 氏名      電話番号

認定証  
 受領者      住所      同上・出雲市  
 氏名      続柄

			照合	担当
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住基カード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 (      )			