

平成 年度 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

診療の事由

1. 病気

2. けが（交通事故・交通事故以外）

被保険者証	記号	黒石	番号			
世帯主	住所	黒石市				
	氏名					
	個人番号			生年月日		性別
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号			生年月日		性別
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	平成	年	月	日
種類	一般 退職本人 退職扶養					
所得区分				境界層	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	平成	年	月	日から	日間
		平成	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年間の入院日数	平成	年	月	日から	日間
		平成	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年間の入院日数	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

住所

世帯主 氏名

電話