

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

秋田県男鹿市長 殿

令和 年 月 日

被保険者証番号		一般・退職・70歳以上			
世帯主	住所				
	個人番号	電話番号			
	氏名	印	生年月日		
限度額適用・減額対象者	個人番号	世帯主との続柄			
	氏名	生年月日			
※この申請をする月以前1年間に入院したことはありますか。			ある・ない		
※その入院期間は90日を超えていますか。			超えている・超えていない		

※入院期間が90日を超えている場合、下記にその入院期間と入院をした医療機関等を記入してください。

	申請日の前1年間の入院期間(日数)	入院をした保険医療機関等	
①	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで 日間	所在地	
②	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで 日間	所在地	
③	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで 日間	所在地	
④	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで 日間	所在地	
⑤	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで 日間	所在地	

<保険者使用欄>

適用・減額台帳	発効期日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	長期入院	該当 令和 年 月 日
		非該当
	却下年月日	令和 年 月 日
	限度額適用区分	
交付番号	No.	

課長	主幹	副主幹
主席主査	担当	