

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

平成 年 月 日

川南町長 殿

世帯主 住所 川南町大字
 氏名 _____ (印)
 個人番号 _____
 電話 (- -)

(窓口に来た人の氏名)

被保険者証の記号番号		個人番号	
限度額適用 減額対象者	氏名		性別 男・女
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄
長期入院	該当 ・ 非該当		

ここから下は長期入院該当の申請のときのみ記入してください。

		入院合計日数	日間
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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	

(注意事項)

- 1 長期入院該当は、住民税非課税世帯(低所得 I 以外)で過去1年の入院が90日を越える場合。
- 2 長期入院該当者の場合は、入院期間が確認できる書類(領収書など)を提示してください。
- 3 すでに減額認定を受けている方は、減額認定証を提出してください。

交付年月日	平成 年 月 日	発効期日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日	長期入院該当	平成 年 月 日