

決裁	専務理事	事務長	主任	担当者	交付年月日	摘要

限度額
国民健康保 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		職 ー												
組 合 員	住所													
	氏名	印			生年月日	昭・平	年	月	日	男・女				
個人番号												電話番号	()	
限度額適用減額対象者氏名					生年月日	昭・平	年	月	日	男・女				
個人番号												組合員との続柄		
長期入院	該当・非該当													
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				
	入院をした保険医療機関等				平成	年	月	日	まで					
	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				
	入院をした保険医療機関等				平成	年	月	日	まで					
	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				
	入院をした保険医療機関等				平成	年	月	日	まで					
	名称													
所在地														

所属支部長が 証明する欄	当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員は、保険料の滞納がないことを証明します。 平成 年 月 日 <p style="text-align: center;">所属支部</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>
-----------------	--