様式第１０号（第１２条関係）

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

令和　　年　　月　　日

被保険者証	記号	３８	番号	
世帯主	住所	蓮田市		
	氏名		生年月日	年　　月　　日
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	年　　月　　日
	個人番号		世帯主との続柄	
長期入院	該当・非該当			
事務処理欄	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ		

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から		日 間
		年　月　日から		
	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）	年　月　日から		日 間
		年　月　日から		
	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）	年　月　日から		日 間
		年　月　日から		
	入院をした保険医療機関等	名　称		
		所在地		
④	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から		日 間
		年　月　日から		
	入院をした保険医療機関等	名　称		
		所在地		