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

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 | |  | | |