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 |  |