

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	記号		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		