

決 裁	課長	補佐	リーダー	担当	適用区分		長期入院 該 当 ・ 非該 当 第 号
					一般	A・B・C	
					前期高齢者	・	

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

被保険者証記号番号		み石	
減額 対象者	氏名	男・女	
	生年月日	昭・平 年 月 日	世帯主との続柄
	被保険者の区分	1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 退職被保険者の被扶養者	

申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方は、下記に記入してください。

		入院日数合計(日間)	
申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地		
申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地		
申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地		
申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

住 所

申請者(世帯主) 氏 名

印

電話番号

石巻市長殿