

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

被保険者記号番号	和 3 8					
限度額適用 減額対象者	※世帯主と同じ場合は記入不要					
	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女	
	個人番号					
	世帯主との続柄		長期入院	該当 ・ 非該当		
適用区分	課ア ・ 課イ ・ 課ウ ・ 課エ ・ 非オ					
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 まで			
	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 まで			
	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 まで			
	入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地				

白浜町長 様

上記のとおり、関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 白浜町

世帯主 氏 名

個人番号

※世帯主と同じ場合は記入不要

届出人 氏 名

電話番号

本人確認書類	運転免許証・個人番号カード・その他（ ）
--------	----------------------