

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	勝 浦								
世帯主	住 所	徳島県勝浦郡勝浦町大字							
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	個人番号								
限度額適用者 減額対象者	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	個人番号								
	世帯主との続柄								

長期入院	非該当 ・ 該当	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ
------	----------	------	-------------------------------

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			長期入院数合計(日間)			
①	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				
②	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				
③	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				
④	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				

勝浦町長 様	
上記のとおり、関係書類を添えて勝浦町国民健康保険の { 限度額適用 標準負担額 限度額適用・標準負担額 } の減額を申請します。	
令和 年 月 日	
申請者(世帯主) 氏 名 _____	
連絡先電話番号 (_____ 自宅 ・ 携帯)	
届出人氏名 _____ 世帯主との関係 : _____	

市 町 村 処 理 欄					備 考	
受付年月日		認定年月日		交付年月日		