

適用区分 ア イ ウ エ オ

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	茂								世帯主 個人番号																												
世帯主	住所	茂原市																		連絡先																	
	氏名																			印	生年月日			年 月 日			男・女										
限度額適用 減額対象者	氏名																			生年月日			年 月 日			男・女											
	世帯主との続柄																				対象者 個人番号																
交通事故等の第三者行為										有 ・ 無																											
長期入院	該当・非該当					該当年月日					年 月 日																										
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。																																					
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）										年 月 日から					年 月 日まで					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年間の入院期間（日数）										年 月 日から					年 月 日まで					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年間の入院期間（日数）										年 月 日から					年 月 日まで					日間																
	入院をした保険医療機関等										名 称																										
											所在地																										

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ 世帯主との続柄 _____

電話番号 _____

処理欄	交付方法	本人確認	納付状況	受付
	窓口・郵送	免許証・パスポート・保険証・その他()	年度 期納付済み	
	外	資格取得年月日	面接日	
		年 月 日	年 月 日	