

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		久				
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号					
	世帯主との続柄					
交通事故や第三者行為による負傷		該 当 ・ 非 該 当				
長 期 入 院 (過去1年間で90日を超える入院)		該 当 ・ 非 該 当				

長期入院該当者の入院日数等 (該当する場合のみ)

入院日数合計 (日間)

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで	
		名 称	
所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで	
		名 称	
所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで	
		名 称	
所在地			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 京都府久世郡久御山町

氏名 _____

個人番号 _____

申請者 住所 (世帯主と同じ住所の場合は不要)

氏名 _____ ㊞

電話番号 _____ - _____

(あて先) 久御山町長

次の欄には記入しないでください

交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日	処理欄
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日	