

第 4 号様式

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
標準負担額減額 標準負担額減額

記 号 番 号											
世 帯 主	氏 名										
減額対象者	氏 名										
	個 人 番 号										
	生 年 月 日	年 月 日									
	世帯主との続柄										
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	交通事故等の第三者行為								有 ・ 無	
①	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	年		月		日から		日			
	入院をした保健医療機関など	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			
	入院をした保健医療機関など	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			
	入院をした保健医療機関など	名 称									
		所 在 地									
④	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	年		月		日から		日			
	入院をした保健医療機関など	名 称									
		所 在 地									
⑤	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	年		月		日から		日			
	入院をした保健医療機関など	名 称									
		所 在 地									
上記のとおり申請します。											
年 月 日											
個人番号											
世帯主 住 所											
氏 名											
電話番号											
寿都町長 様											