第　　号

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者	住　所		申請者 との関係	
	氏　名		連絡先 (電話番号)	

対象者	氏　名		生年月日	昭・平　年　月　日	男・女
	個人番号				
	世帯主との続柄		減額認定	該当　・　非該当	
	被保険者記号番号		長期入院	該当　・　非該当	

※ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。

入院日数合計（　　日間）

①	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日（　　日間）	
	入院をした保健医療機関等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日（　　日間）	
	入院をした保健医療機関等	名　称	
		所在地	
③	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日（　　日間）	
	入院をした保健医療機関等	名　称	
		所在地	
④	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日（　　日間）	
	入院をした保健医療機関等	名　称	
		所在地	
⑤	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日（　　日間）	
	入院をした保健医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて、申請します。

年　　月　　日

住　所　　高鍋町大字

世帯主

氏　名　　㊞

個人番号

高　鍋　町　長　　殿