

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

一 般	ア	現役並Ⅱ
	イ	現役並Ⅰ
退職本人	ウ	
	エ	Ⅱ
退職被扶養者	オ	Ⅰ

令和 年 月 日

下記のとおり申請します。

小松島市長 様

被保険者証記号番号	小松島一		第三者行為の有無	有(交通事故・その他)・無	
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日	男・女
	個人番号	※左欄は、生活療養標準負担額減額認定のみの申請の場合は、記入不要です。			
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			
長期入院	該 当 ・ 非該 当	特例対象軽減の該当	有 ・ 無		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年 月 日から	日間
			平・令	年 月 日まで	
	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)		平・令	年 月 日から	日間
			平・令	年 月 日まで	
	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)		平・令	年 月 日から	日間
			平・令	年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等		名 称		
			所在地		

決			裁		処 理 欄
課 長	課長補佐	係 長	課 員		台帳記載
					月 日