

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	中札内	申請年月日	令和 年 月 日	
世帯主	住 所	中札内村		
	氏 名	⑧	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個 人 番 号			
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個 人 番 号			
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	(対象：非課税世帯「C」「低Ⅱ」)		
※ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				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	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	名 称		
		所在地		

村処理欄 (※以下は記入しないでください。)

発 効 期 日	令和 年 月 <u>1</u> 日 (申請月)
有 効 期 限	令和 年 <u>7</u> 月 <u>31</u> 日
長期入院該当 (90日を超えた 月の翌月1日)	令和 年 月 <u>1</u> 日
適 用 区 分	(70歳未満) ア イ ウ エ オ (70歳以上) 低所得Ⅱ 低所得Ⅰ