

認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

国民健康保険

- () 限度額適用(70歳未満)
- () 限度額適用(70歳以上) 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

保険者の名称

保険者の所在地

大雪地区広域連合	上川郡東川町東町1丁目16番1号
----------	------------------

対象者

住所			
氏名	生年月日		性別
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現役並みⅡ・現役並みⅠ・区分Ⅱ・区分Ⅰ		
個人番号	世帯主との続柄		

長期入院(該当・非該当) ここからは、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	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	所在地
②	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	所在地
③	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	所在地
④	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	所在地
⑤	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	所在地

大雪地区広域連合長 宛

上記のとおり関係書類を添えて限度額の適用(限度額適用・標準負担額の減額)を申請します。

令和 年 月 日 [申請者] 住所
氏名
連絡先(電話番号)