

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		佐渡			
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	世帯主との続柄			個人番号	
長期入院	該当・非該当	高齢受給者の区分		低Ⅰ・低Ⅱ	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで		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)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	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)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	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 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	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 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					

上記のとおり申請します。
 また、申請に必要な情報について国民健康保険担当課が調査等することを承諾します。

令和 年 月 日

佐渡市長 様 住所 佐渡市
 (世帯主) 氏名

個人番号

電話番号 () -