

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		香川45-				長期入院	該当・非該当				
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	昭 平	年	月	日	男・女
	個人 番号										
	世帯主との続柄										
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）					平成	年	月	日	から	
						平成	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）					平成	年	月	日	から	
						平成	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）					平成	年	月	日	から	
						平成	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関等					名 称					
					所在地						

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請をします。

平成 年 月 日

世帯主 住 所 さぬき市 _____

氏 名 _____ 印

個人番号 _____

連絡先電話番号 _____

さぬき市長 大山茂樹 殿

確認欄	所得区分					国保税滞納	
	ア	イ	ウ	エ	オ	無	有