

(70歳以上用)

(前期高齢者用)

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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	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	
	区分Ⅱ	区分Ⅰ