

限 度 額 適 用 認 定 証
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 交 付 申 請 書
限度額適用・標準負担額減額認定証

寒河江市長 様

被保険者記号・番号															
世 帯 主	住 所	〒 寒河江市													
	氏 名				個人番号										
	電話番号				生年月日	年 月 日									
限度額適用 減額対象者	氏 名				個人番号										
	世帯主との続柄				生年月日	年 月 日									
長 期 入 院	該当・非該当	種別	一般・高齢2割・高齢3割												
第三者行為	有 ・ 無														

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）	年 月 日～ 年 月 日（ 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～ 年 月 日（ 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～ 年 月 日（ 日間）													
	入院をした保険医療機関等	名 称													
		所在地													

年 月 日

処 理 欄	市民税課税台帳より （ 上位所得者 一般 非課税 ）	該当を確認	滞納の有無	区分	確認月日
			有 ・ 無		