

様式第5号(第3条関係)

国民健康保険  
 限度額適用  
 標準負担額減額  
 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

限度額適用 減額対象者	被保険者 記号・番号				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	世帯主との続柄		個人番号		
長期入院	該当・非該当				
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			