

課長	副課長	課長補佐	係長	係

限度額適用

国民健康保険

限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

新温泉町長 様

令和 年 月 日

被保険者番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間に入院した 保険医療機関	名称			
		所在地			
	入院期間（日数）	年 月 日 から	日間		
		年 月 日 まで			
②	申請日の前1年間に入院した 保険医療機関	名称			
		所在地			
	入院期間（日数）	年 月 日 から	日間		
		年 月 日 まで			
③	申請日の前1年間に入院した 保険医療機関	名称			
		所在地			
	入院期間（日数）	年 月 日 から	日間		
		年 月 日 まで			
④	申請日の前1年間に入院した 保険医療機関	名称			
		所在地			
	入院期間（日数）	年 月 日 から	日間		
		年 月 日 まで			

所得区分	一般（ア・イ・ウ・エ・オ）
	70歳以上（現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ）

交付 令和 年 月 日

町処理欄	整理番号	No.
------	------	-----

申告：（有・無）