

**限度額適用
標準負担限度額
認定申請書**

**国民健康保険
限度額適用・標準負担限度額**

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主	住所	宇美町									
	氏名						生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号										

対象者	氏名						生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号										
	世帯主との続柄										

長期入院	該当（該当年月日 年 月 日）・非該当	第三者の有無	有・無
------	---------------------	--------	-----

長期入院該当者のみ記入

①	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）									
	入院をした保険医療機関等	名称									
		住所									
②	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）									
	入院をした保険医療機関等	名称									
		住所									
③	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）									
	入院をした保険医療機関等	名称									
		住所									
④	別紙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※入院日数合計						日間		

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 の認定を申請します。

令和 年 月 日
 住所 宇美町
 世帯主 _____
 氏名 _____

 (Tel - -)

宇美町長 殿