

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

整理番号	
------	--

次のとおり申請します。

住所 盛岡市 _____

令和 年 月 日 世帯主 _____

氏名 _____

個人番号 _____

盛岡市長様 電話番号 _____

減額対象者	個人番号		生年月日	年	月	日
	氏名					
被保険者記号番号		—	資格区分		適用区分	
減額認定期日	令和 年 月 日	入院医療機関名				

長期認定期日	令和 年 月 日	申請日より12月以内の入院日数合計			日間
①	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 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	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 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	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 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	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 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	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
		交付方法	直接交付・郵送交付	郵送日	年 月 日