

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号・番号		上越		申請日 令和 年 月 日	
世帯主	住所	上越市		電話番号	
	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号				
減額対象者	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄		
長期入院	該当 ・ 非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関		名称		
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関		名称		
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関		名称		
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関		名称		
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関		名称		
		所在地			

※ 国保年金課処理欄（ここに記入しないでください。）

区分	用紙の色：オレンジ		用紙の色：黄色	
	ア・イ・ウ・エ・現役Ⅱ・現役Ⅰ		オ・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
発行日	令和 年 月 日	発行者		