

限 度 領 適 用
國民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

山形村長様

年 月 日

(世帯主)

住 所 _____

(届出者)

※ 届出者が世帯主であれば記入不要

氏 名 _____

氏 名 _____

個 人 _____

世帯主 _____

番 号 _____

との 続 柄 _____

電 話 _____

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者 記号・番号	山形・		
限度額適用 減額対象者	氏名	世帯主との続柄	
	生年 月 日	年 月 日	
	個人 番号		
長期入院 (90日以上)	該当・非該当	交通事故等の 第三者行為	有・無

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計 (日間)

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 年	月 月	日から 日まで	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 年	月 月	日から 日まで	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 年	月 月	日から 日まで	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 年	月 月	日から 日まで	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地			