

限 度 額 適 用  
国民健康保険 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  
氏 名  
個 人 番 号  
電 話

(届出者)  
※ 届出者が世帯主であれば記入不要  
氏 名  
世帯主  
との  
続 柄

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者 の 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 ( 9 0 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 月 日から 年 月 日まで	( 日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地 名 称	
②	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	( 日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地 名 称	
③	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	( 日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地 名 称	
④	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	( 日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地 名 称	