

様式第14号の(4)(第18条の2関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証	記号		番号	
世帯主	住所			
	氏名	印	生年月日	年月日 男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年月日 男・女
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当			
	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	名称		
		所在地		
	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	名称		
		所在地		
	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	名称		
		所在地		
	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	名称		
		所在地		
所得区分	1	II (国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号該当)		
	2	I (同第4号該当)		
<p>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・標準負担額の減額を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名 印</p>				