	[限度額適用認定証	
国民健康保険	[標準負担額減額	認定申請書
	Г	٦	限度額滴用•標準負用額減額	

被保険者記	号番	号	103 •	申請日	令 和	年	月	日
世帯主	住	所						
	氏	名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人	番号			第三者行為の有	無	有・	無
限度額適用減額対象者	氏	名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人	番号			世帯主との続杭	丙		
申請者	氏	名		(FI)				
	電	話			世帯主との続植	丙		
	住	所	※別世帯の場合のみご記入ください					

※以下の項目を必ずご確認ください。

下記の①・②の両方に該当される場合長期入院の申請が可能です。

- ① 現在、認定証をお持ちの方で適用区分欄が「オ」、「低Ⅱ」と記載されている。
- ② 申請月より前12ヵ月の入院日数が合計で91日を超えている。
- ※ 該当される人は、入院日数が確認できる書類を添付してください。

(領収書のコピー、医療機関の証明書等のコピー)

		申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令	年	月	日から	
	1	中間口の削1平間の人が規則(口数)	平・令	年	月	日まで	日間
	Ū	入院をした医療機関等	名 称				
⊨			所在地				
長		申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令	年	月	日から	
期	2	中間口の削1平間の人院朔間(口数)	平・令	年	月	日まで	日間
入		入院をした医療機関等	名 称				
院			所在地				
		申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	平・令	年	月	日から	
	3		平・令	年	月	日まで	日間
	9	入院をした医療機関等	名 称				
			所在地				

	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に								
	属する被保険者に	令和	年度	の市(区)町村民税が課せられて	こいないことを証明する。				
市区町村長が 証明する欄			,	,	,				
			,	,	,				
				町長名	広川町長 渡邉 元喜				