

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

被 保 険 者 番 号		国 乙		
世 帯 主 (組 合 員)	住 所	北海道爾志郡乙部町字		
	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 男・女
	個 人 番 号			
減 額 対 象 者	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 男・女
	個 人 番 号			
	世帯主（組合員）との続柄			
長 期 該 当	該 当 ・ 非 該 当			
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 令和	年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	年 月 日 まで	
		所 在 地		
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 令和	年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	年 月 日 まで	
		所 在 地		
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 令和	年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	年 月 日 まで	
		所 在 地		
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 令和	年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	年 月 日 まで	
		所 在 地		
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 令和	年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	年 月 日 まで	
		所 在 地		

限 度 額 適 用  
 上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書 の 交 付 を 申 請 し ます。  
 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額

令和 年 月 日 住 所  
 申 請 者 (居 住 地)  
 氏 名



乙部町長 寺 島 努 様

町 処 理 欄	認 定 等	イ 市 町 村 民 税 非 課 税 証 明 書	認 定 年 月 日 令和 年 月 日
		ロ 保 護 申 請 却 下 通 知 書	
		ハ 公 簿 ( 賦 課 台 帳 )	差 額 支 給 有 ・ 無
		ニ 却 下 (理 由 : )	