

国民健康保険 限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

保険料 台帳	被保 マスタ	総合 システム

被保険者証の 記号番号		6 0 -									
対象者	(フリガナ)										
	氏名										
	個人番号										
	生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日				
	性別	男・女	申請者との 続柄								
長期入院	1. 該当		2. 非該当								

(申請日の前1年間の入院数が91日以上は長期)

**※この枠は長期入院該当者のみ記入して下さい。**

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

上記のとおり、関係書類を添えて申請いたします。

令和 年 月 日	
申請者(組合員又は准組合員) (所在地 〒 - 医療機関) 名称 氏名 個人番号	印

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

※ 医師国保記入欄

適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ
------	-------------------