

( 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

被保険者証記号		3 0 1 0	被保険者証番号							
世帯主 (組合員)	住所									
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女		
対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女		
	個人番号									
	世帯主(組合員)との続柄		長期入院(90日以上)	該 当 ・ 非該当						

長期入院(90日以上)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)	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		名 称		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		名 称		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		名 称		所在地		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		名 称		所在地		
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		名 称		所在地		

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

鹿児島県医師国民健康保険組合理事長 殿