

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

被保険者証番号					
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名				
対象者	氏名				
	生年月日	昭・平	年	月	日
	性別	男・女	長期入院	※ 該当・非該当	正組合員 との続柄
入院する病院の 所在地及び名称	所在地				
	名称				
入院期間	平成	年	月	日	から
	平成	年	月	日	まで
					日間
通院する病院の 所在地及び名称	所在地				
	名称				
通院期間	平成	年	月	日	から
	平成	年	月	日	まで
					日間

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

正組合員 住所

氏名



愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様

※ 長期入院は保険者にて記入