

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 号 記 号 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
	連 絡 先	() -			
入 院 する 病 院 の 所 在 地 及 び 名 称	所 在 地				
	名 称				
入 院 期 間	令 和	年	月	日	から
	令 和	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	令 和	年	月	日	から
	令 和	年	月	日	まで
	日間				

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住所

正組合員

氏名

Ⓜ

診療所電話番号 () -

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