記入例

国民健康保険 標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証記号番号		○○○○又は○○○○－○○○				
世帯主（組合員）	住所	名古屋市中区▲▲－○○　××マンション102				
	氏名	愛知　太郎				
対象者	氏名	愛知　花子				
	生年月日	（昭）・平 54 年 3 月 21 日			正組合員との続柄	従業員の妻
	性別	男・（女）	長期入院	※　該当・非該当		
	連絡先	（ 090 ） 1234 － 0000				
入院する病院の所在地及び名称	所在地	名古屋市東区▲▲－○○				
	名称	○○病院				
入院期間	令和 3 年 5 月 15 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

組合員

氏名　院長先生もしくは従業員の署名・捺印　㊞

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