

課長	班長	担当

国民健康保険限度額適用・食事標準負担減額認定申請書

井川町長 齋藤多聞様

被保険者証記号番号					
世帯主	住所	井川町			
	氏名	(印)	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号		続柄		
長期入院	該当・非該当		第三者行為	有・無	

※申請日の前一年間の入院が通算で90日を超えた場合は長期入院該当となります。

長期入院該当の方は下記にご記入ください					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	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)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	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)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

〈保険者使用欄〉

適用・減額台帳	発効期日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	
	長期入院	該当・	年 月 日
		非該当	
	却下年月日	年 月 日	
	限度額適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
	交付番号	No.	

受 理