

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

年 月 日

一般・退職(本人・扶養)

被保険者証記号番号		富	前期高齢者(I・II)・その他(ア・イ・ウ・エ・オ)			
世帯主	住所	富良野市				
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女	
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女	
			個人番号			
	続柄		有効期限	年 月 日		
長期入院	該当年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日		
①	申請日の前の入院(日数)		年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請日の前の入院(日数)		年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の前の入院(日数)		年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
④	申請日の前の入院(日数)		年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請日の前の入院(日数)		年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				