

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	生年月日	年	月	日	男・女		
		個人番号						
減額対象者	氏名	生年月日	年	月	日	男・女		
		個人番号						
	世帯主との続柄		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
①	申請日の前の入院期間（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						
⑤	申請日の前の入院期間（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						