

国民健康保険

限度額適用  
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		上越		申請日 令和 年 月 日	
世帯主	住所	上越市			電話番号
	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		
長期入院	該当 ・ 非該当				
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	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	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	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	名称			
		所在地			
⑤	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	名称			
		所在地			

※ 国保年金課処理欄（ここに記入しないでください。）

種別	市民税課税状況	
一般	課税	非課税
退職	課税	非課税
退扶	課税	非課税

減額・適用認定	該当	非該当
発行日	令和 年 月 日	