決裁	課長	補佐	係長	係

交付年月日	令和　　年　　月　　日
交付番号	―
却下番号	

国民健康保険　限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

（あて先）　千葉市長

令和　　年　　月　　日

被保険者証記号番号	―		電話	－　－
世帯主	氏名		メールアドレス	@
	住所	千葉市　　区		
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	続柄	世帯主から見て ＿＿＿＿	個人番号	
長期入院	該当　・　非該当		適用区分	資格区分　一般・退本・退扶

①	申請日の前１年間の入院期間（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１年間の入院期間（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１年間の入院期間（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１年間の入院期間（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１年間の入院期間（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	