

決 裁	課長	補佐	係長	係

<input type="checkbox"/> 交付 ・交付年月日：令和 年 月 日 ・交付番号： —
<input type="checkbox"/> 交付不要

限度額適用
国民健康保険 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			
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			
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 保険医療機関等			名称			
				所在地			