

様式第22号(第18条の2関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証	記号		番号	
世帯主	住所			
	氏名		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
	世帯主との続柄		個人番号	
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 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		
所得区分	1 II (国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号該当) 2 I (同第4号該当)			
<p>上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名 個人番号</p>				