

伺	決裁年月日		令和 年 月 日			令和 年 月 日	
	副理事長	常務理事	事務局長	主任	係	支部長	係

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

支部番号		被保険者証の 記号番号		個人 番号	
対 象 者	住所				
	氏名		生年月日		年 月 日
	組合員との続柄		国保取得日		年 月 日
長期入院	該 当 ・ 非 該 当		利用診療月		年 月
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			
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			
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			
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			

上記の通り申請します。

令和 年 月 日 組合員 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

個人番号

三重県建設国民健康保険組合理事長 殿

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確・郵
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()

組合記入欄				
	区分：			