

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

様式 13

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------|-------|----|---------------------------------|----|------|--|------------------------------|--|-------|--|-------------|--|----------|--|--------|--|
| 決 裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係長 | 係 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 記号番号 | | 新建 | | — | | 対象者 | | 氏名 | | 男・女 | | 組合員 との続柄 | | 長期 入院 | | 該当・非該当 | |
| 生年月日 | | 昭・平・令 | | 年 月 日生 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 療養予定期間 | | | | 令和 年 月 ~ 令和 年 月 | | | | 記載が無い場合、原則受付した月の1日から有効となります。 | | | | | | | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | | 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 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) | | | 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 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) | | | 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日まで 日間 | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 | | | | 所在地 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | 支部名 | | | | 支部長印 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | 組合員住所 | | | | 氏名 | | | |
| 新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | |