

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

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者証記号番号		み歯			A					入院 予定日	令和 年 月 日
組 合 員	氏 名	(印)				生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	住 所	(〒 -)									
減額対象者	氏 名					生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	続 柄					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)		令和 年 月 日から		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)		令和 年 月 日から		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)		令和 年 月 日から		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	(〒 -)								
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から		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	(〒 -)								
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から		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	(〒 -)								

・国保組合で地方税情報を取得できない場合は改めてご連絡いたしますので、その際は、市区町村が発行する「市・県民税課税（非課税）証明書」を添付願います。

組合記入欄	入 力	令和 年 月 日	常務理事	事 務 局			
	交 付	令和 年 月 日					
	発 送	令和 年 月 日					

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

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者証記号番号	み歯	※	※	※	A	※	※	※	※	※	入院 予定日	令和 **年**月**日
組 合 員	氏 名	宮 城 太 郎					生年月日		昭 平 令 **年**月**日			男・女
	住 所	(〒 980 - 0803) 仙台市青葉区国分町 1 - 5 - 1										
減額対象者	氏 名	宮 城 太 郎					生年月日		昭 平 令 **年**月**日			男・女
	続 柄	本人					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)		令和 年 月 日から		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)		令和 年 月 日から		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)		令和 年 月 日から		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	(〒 -)									
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から		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	(〒 -)									
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から		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	(〒 -)									

・国保組合で地方税情報を取得できない場合は改めてご連絡いたしますので、その際は、市区町村が発行する「市・県民税課税（非課税）証明書」を添付願います。

組合記入欄	入 力	令和 年 月 日	常務理事	事 務 局			
	交 付	令和 年 月 日					
	発 送	令和 年 月 日					