

認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

国民健康保険
() 限度額適用(70歳未満)
() 限度額適用(70歳以上) 認定申請書
() 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号	保険者の名称	保険者の所在地
	大雪地区広域連合	上川郡東川町東町1丁目16番1号

対象者

住 所			
氏 名	生年月日	性別	
区 分	ア・イ・ウ・エ・オ・現役並みⅡ・現役並みⅠ・区分Ⅱ・区分Ⅰ		
個人番号	世帯主との続柄		

長期入院(該当・非該当) ここからは、長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数合計(日間)

①	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

大雪地区広域連合長 宛

上記のとおり関係書類を添えて限度額の適用(限度額適用・標準負担額の減額)を申請します。

令和 年 月 日 [申請者]	住 所
	氏 名
	連絡先(電話番号)