

限度額適用・標準負担額減額認定申請書							
受給者番号							
受給者	氏名				生年月日		
	居住地						
被保険者番号							
保険者の名称及び所在地							
長期入院		該当・非該当					

90日以上入院日数のある方は記入してください。

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計(〇〇日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	〇〇年〇〇月〇日から〇〇年〇〇月〇日まで(〇〇日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	△△△病院
		所在地	△△市△△
②	申請日の前1年間の入院日数	〇〇年〇〇月〇日から〇〇年〇〇月〇日まで(〇〇日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	×××病院
		所在地	××市××
③	申請日の前1年間の入院日数	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	

上記のとおり関係書類を添えて老人医療の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

〇〇年 〇月 〇日

住所 野田市鶴奉7-1
 申請者 (居住地) 野田太郎
 氏名 野田太郎
 電話 04-7125-1111

野田市長 様