

# 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												
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 日 ~ 令和 年 月 日							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)						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						
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								
新潟県建築国民健康保険組合 理事長様										氏名								
										個人番号								