



資格	収納

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	香川1							長期入院	該当・非該当	
限度額適用 減額対象者	氏名				生年 月日	昭和 平成	年	月	日	男・女

一般被保険者・退職被保険者等の別		一般・退本・退扶								
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間				
	入院をした保険医機関等	名称								
		所在地								
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間				
	入院をした保険医機関等	名称								
		所在地								
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間				
	入院をした保険医機関等	名称								
		所在地								
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間				
	入院をした保険医機関等	名称								
		所在地								

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(あて先)高松市長

世帯主 住所 高松市 町 丁目 番号

氏名 番地

電話 (-)

不在の場合の連絡先(-)

注 長期入院該当の場合には、減額認定証および領収書等の入院期間を確認できる書類等を添付して申請してください。