

**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																
被保険者証 記号番号	新建 一			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																					
療養予定期間						令和 年 月 ~ 令和 年 月					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)						平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間																
② 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)						平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間																
④ 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 理事長殿												氏名										
												個人番号										