

様式第27号（第18条及び第22条関係）

限度額適用  
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		岩内											
世帯主	個人番号												
	住所	岩内町字											
	氏名							Ⓔ	生年月日	年 月 日			
								電 話					
(限度額適用) 減額対象者	個人番号												
	氏名							生年月日	年 月 日				
							続 柄		男・女				
長期入院	該当・非該当												
①	申請日の前1年間の入院期間 (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										
②	申請日の前1年間の入院期間 (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										
③	申請日の前1年間の入院期間 (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年間の入院期間 (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年間の入院期間 (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										