

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	(印)					生年月日	年 月 日					
(限度額適用) 減額対象者		個人番号						生年月日	年 月 日				
		氏 名						続 柄			男・女		
適用区分		ア イ ウ エ オ I II											
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									
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									
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									
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									
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									