

様式第 2 7 号（第 1 8 条及び第 2 2 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			
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											
			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											