様式第5号の3(第6条関係)

|  |
| --- |
| 第　　　　号　限度額適用・標準負担額減額認定申請書 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 | 　 |
| 年　　月　　日 |
| 居住地 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 |
| 保険者の名称及び所在地 | 　 |
| 長期入院 | 該当　・　非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　　ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 | 入院日数合計(　　　　　　日間) |
| ① | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　月　日～　年　月　日　(　　　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年間の入院日数 | 年　月　日～　年　月　日　(　　　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年間の入院日数 | 年　月　日～　年　月　日　(　　　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年間の入院日数 | 年　月　日～　年　月　日　(　　　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年間の入院日数 | 年　月　日～　年　月　日　(　　　日間) |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 　　上記のとおり関係書類を添えて老人医療の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。　　　　　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　　(居住地)　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞　　出雲市長　　　　様 |