

限度額適用
国民健康保険 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 | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | 生年月日 | | |
| | 世帯主との続柄 | | | | |
| 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年間の入院期間 (日数) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 年 | 月 | 日まで |
| 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 年 | 月 | 日まで |
| 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 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 年 | 月 | 日まで |
| 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 年 | 月 | 日まで |
| 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 年 | 月 | 日まで |
| 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国民健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

住所

世帯主名
(申請者)
電話番号

印

殿

| | | | |
|-----|------|--|--|
| 処理欄 | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由) | 受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 平成 年 月 日 |
| | 差額支給 | 有 ・ 無 | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号) |