

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号					
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	日間
		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	日間
		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	日間
		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	日間
		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	日間
		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・標準負担額減額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	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	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)	