

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	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号		
	世帯主との続柄			生年月日	年 月 日	
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為			有・無	
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)			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				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

平取町長 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 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)