

## 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			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
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		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
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		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
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		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
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		
	入院をした保険医療機関等	名 称			

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) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 世帯主及び対象者の個人番号を取得することに  
同意する  
氏名 \_\_\_\_\_

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 令和 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)
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II	