

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				個人番号		
	世帯主との続柄				生年月日		
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)	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) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

兵庫県三木市長
仲田 一彦 様

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)