

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号・番号					
世帯主	住所	八百津町 番地		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号		世帯主との続柄		

長期入院	該当・非該当					
①	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		年 月 日から 日間 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）		年 月 日から 日間 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）		年 月 日から 日間 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）		年 月 日から 日間 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）		年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

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： ）	受理番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有 ・ 無		標準負担額差額支給台帳発行番号（第 号）