

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
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      |      |  |         |
| 世帯主            | 氏名   |  | 世帯主の住所  |
|                | 生年月日 |  |         |
|                | 個人番号 |  |         |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名   |  | 世帯主との続柄 |
|                | 生年月日 |  |         |
|                | 個人番号 |  |         |

|                    |                    |     |        |    |   |   |
|--------------------|--------------------|-----|--------|----|---|---|
| 長期入院               | ( 該当 ・ 非該当 )       |     | 長期認定日： | 年  | 月 | 日 |
| 1                  | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) |     | から     | 日間 |   |   |
|                    | 入院をした保険医療機関等       | 名称  |        |    |   |   |
|                    |                    | 所在地 |        |    |   |   |
| 申請日の前1年間の入院期間 (日数) |                    | から  | 日間     |    |   |   |
| 入院をした保険医療機関等       | 名称                 |     |        |    |   |   |
|                    | 所在地                |     |        |    |   |   |
| 申請日の前1年間の入院期間 (日数) |                    | から  | 日間     |    |   |   |
| 入院をした保険医療機関等       | 名称                 |     |        |    |   |   |
|                    | 所在地                |     |        |    |   |   |
| 申請日の前1年間の入院期間 (日数) |                    | から  | 日間     |    |   |   |
| 入院をした保険医療機関等       | 名称                 |     |        |    |   |   |
|                    | 所在地                |     |        |    |   |   |
| 申請日の前1年間の入院期間 (日数) |                    | から  | 日間     |    |   |   |
| 入院をした保険医療機関等       | 名称                 |     |        |    |   |   |
|                    | 所在地                |     |        |    |   |   |

上記のとおり関係資料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。  
令和 年 月 日

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
個人番号  
御所市長 東川 裕 様 印

|                |         |   |   |
|----------------|---------|---|---|
| 市 町 村<br>処 理 欄 | 認 定 方 法 | イ. 市町村民税非課税証明書<br>ロ. 保護申請却下通知書<br>ハ. 公簿 ( )<br>ニ. 却下 (理由: ) | 受 付 番 号 (第 号)<br>交 付 番 号 (第 号)<br>認 定 等 年 月 日 年 月 日 |
|                | 差 額 支 給 | 有 ・ 無   | 標 準 負 担 額 差 額 支 給 申 請 台 帳 発 行 番 号 (第 号)             |