

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				個人番号										
		生年月日													男・女
限度額適用 減額対象者	氏名				個人番号										
		生年月日													男・女
	世帯主との続柄														
長期入院	該当・非該当														
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				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													

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

世帯主 住所

氏名

印

電話番号

(代理人)

須賀川市長

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	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)	