

限度額適用
 国民健康保険 標準負担額減額 認定証交付申請書
 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				個人番号												
		生年月日				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				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								
						年	月	日	まで		日間						
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								
						年	月	日	まで		日間						
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								
						年	月	日	まで		日間						
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								
						年	月	日	まで		日間						
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								
						年	月	日	まで		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
 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)	