

国民健康保険 限度額適用 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		島 4														
世帯主	住所	福島県須賀川市														
	氏名				個人番号											
	生年月日	昭・平・令			年	月	日									
限度額適用 減額対象者	氏名				個人番号											
	生年月日	昭・平・令			年	月	日									
	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)	令和			年	月	日	から	令和			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)	令和			年	月	日	から	令和			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)	令和			年	月	日	から	令和			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)	令和			年	月	日	から	令和			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)	令和			年	月	日	から	令和			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。

令和 年 月 日
世帯主 住 所 福島県須賀川市

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) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿 ()	
		ニ 却下 (理由)	
	差額支給 有 ・ 無	標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	