

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		記号	12-	番号				
世帯主 (申請者)	個人番号							
	住所							
	氏名				生年月日	年 月 日		
適用・減額 対象者	個人番号							
	氏名				生年月日	年 月 日		
	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	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	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	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	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

保 険 者 処 理 欄	〈認定等〉 1. 公簿 2. 却下(理由 〈食事療養標準負担額減額差額支給の有無〉区分オ/I/II(非課税世帯)のみ 1. 有 2. 無 受付番号(号) 認定年月日(令和 年 月 日) 平戸市長 様
-------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。