

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・標準負担減額

被保険者記号・番号		保険証に記載の番号を記入					
世帯主	住 所	世帯主の住所					
	氏 名	世帯主氏名		生年月日	世帯主の生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏 名	認定証が必要な方の氏名		個人番号	認定証が必要な方の個人場号		
	世帯主との続柄			生年月日	認定証が必要な方の生年月日		
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
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

住 所 世帯主の住所 記入した日

世帯主名 世帯主氏名 個人番号 世帯主の個人番号
(申請者)

電話番号 日中連絡のとれる番号

安芸市長 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿（ ） ニ 却下（理由 ）	受付番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第 号）