

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被 保 険 者 番 号				
世帯主	氏 名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏 名		世帯主との続柄	
	生年月日			
	個人番号			

長 期 入 院		(該 当 ・ 非 該 当)	
	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所

三原市長 様

世帯主
(申請者) 氏 名

個人番号

(申請代理者名

電話番号 () -)

市町村 処理欄	認 定 方 法	イ. 市町村民税非課税証明書	受理番号 (第 号)
		ロ. 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ. 公募 ()	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申請台帳発行番号 (第 号)	