

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		山10		平成 年 月 日申請		
世帯主	住所					
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女	
減額対象者	氏名		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					

長期入院に該当される方は、下記欄を記入してください。

1	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

市処理欄	認定等	<input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 <input type="checkbox"/> 八公簿() <input type="checkbox"/> 却下(理由:)	整理番号	第	平成	年	月	日	号
			交付年月日	平成	年	月	日		
			発行期日	平成	年	月	日		
差額支給 有・無		標準負担額差額支給申請受付台帳整理番号 第 号							