

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・標準負担額減額

記入例

被保険者証記号番号		0 1 2 3 4 5 6 7			
世帯主	住所	広島県神石郡神石高原町小島1701番地			
	氏名	神石 太郎	生年月日	平成 00年00月00日	
限度額適用 減額対象者	氏名	神石 花子	個人番号	000000000000	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	平成 00年00月00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		年間 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		年間 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		年間 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		年間 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		年間 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。

令和〇〇年 〇月 〇日

住所 **広島県神石郡神石高原町小島1701番地**

署名の場合は押印省略可

世帯主名 (申請者) **神石 太郎**

個人番号 **000000000000**

電話番号 **0000-00-0000**

神石高原町長
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)