

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

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		
長期入院	該当・非該当				
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。					
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平・令	年	月	日から
		平・令	年	月	日まで
	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）	平・令	年	月	日から
		平・令	年	月	日まで
	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）	平・令	年	月	日から
		平・令	年	月	日まで
	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）	平・令	年	月	日から
		平・令	年	月	日まで
	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）	平・令	年	月	日から
		平・令	年	月	日まで
	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 年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

新見市長 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 _____ 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 _____ 号)
		ハ 公簿 (_____)	認定等年月日
		ニ 却下 (理由 _____)	令和 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)