

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 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       | 年           | 月 | 日 男・女 |
| 限度額適用<br>減額対象者            | 氏名                |               | 個人番号       |             |   |       |
|                           | 世帯主との続柄           |               | 生年月日       | 年           | 月 | 日 男・女 |
| 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) | 令和 年 月 日から 日間 | 令和 年 月 日まで |             |   |       |
|                           | 入院をした保険医療機関       | 名 称           |            |             |   |       |
|                           |                   | 所在地           |            |             |   |       |
| ②                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 日間 | 令和 年 月 日まで |             |   |       |
|                           | 入院をした保険医療機関       | 名 称           |            |             |   |       |
|                           |                   | 所在地           |            |             |   |       |
| ③                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 日間 | 令和 年 月 日まで |             |   |       |
|                           | 入院をした保険医療機関       | 名 称           |            |             |   |       |
|                           |                   | 所在地           |            |             |   |       |
| ④                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 日間 | 令和 年 月 日まで |             |   |       |
|                           | 入院をした保険医療機関       | 名 称           |            |             |   |       |
|                           |                   | 所在地           |            |             |   |       |
| ⑤                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 日間 | 令和 年 月 日まで |             |   |       |
|                           | 入院をした保険医療機関       | 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) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

津久見市長 様

|            |     |                           |           |
|------------|-----|---------------------------|-----------|
| 処理欄        | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書             | 受付番号 (第 ) |
|            |     | ロ 保護申請却下通知書               | 交付番号( 第 ) |
|            |     | 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) |           |