

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 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)

電話番号

個人番号

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)