

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号				
世帯主	氏名			世帯主の住所
	生年月日	年	月	
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名			世帯主との続柄 (男・女)
	生年月日	年	月	
	個人番号			
長期入院	(該当・非該当)			
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 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)		から まで 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)		から まで 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)		から まで 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)		から まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

本巢市長様

申請者 住所
個人番号
氏名
電話番号 - -

市町村 処理欄	認定方法	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:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有・無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)