

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	記号	美浦	番 号
限度額適用 減額対象者	氏 名	生 年 月 日	
	世帯主との続柄	性 別	
	個人番号		
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。			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 月 日 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）	年 月 日 から 年 月 日 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）	年 月 日 から 年 月 日 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）	年 月 日 から 年 月 日 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、申請します。

世帯主 住 所

年 月 日

氏 名

印

個人番号

電話番号 ()

交付者 処理欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書 ホ 認定	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)	年 月 日
差額支給 有 ・ 無		標準負担額差額支給台帳受理番号 (第 号)	

備考 市町村民税非課税証明書は、交付者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できる。

課 長 係 長 受付者

本人確認 運転免許証 身分証明書 個人番号カード
 健康保険証 年金手帳 その他 ()