

国民健康保険 限度額適用 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	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			
	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

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