

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				
住所		(下記世帯主住所に同じ)		
世帯主の氏名		生年月日		
交付対象者	個人番号	生年月日		
	氏名			
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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
	入院した保健医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
	入院した保健医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
	入院した保健医療機関等	名称		
		所在地		
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
	入院した保健医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
	入院した保健医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係書類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。

令和 年 月 日

〒

住所

世帯主

氏名

(電話番号)

にかほ市長 殿

市処理欄	認定方法	課税台帳 その他 ()	受理番号 号	決 裁		
			認定日			
	証交付状況			課長	班長	担当
差額支給 有 ・ 無						