

**限度額適用**  
**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**

被保険者証記号番号							
世帯主	住所						
	氏名		生年月日	年	月	日	
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	
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)	年 月 日から			日間		
		年 月 日まで					
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			日間		
		年 月 日まで					
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			日間		
		年 月 日まで					
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			日間		
		年 月 日まで					
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)	年 月 日から			日間		
		年 月 日まで					
入院をした保険医療機関等	名称						
	所在地						

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 届出者 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

八戸市長 \_\_\_\_\_

殿

連絡先 \_\_\_\_\_

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	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	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	