

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)