

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) | 令和 年 月 日から | 日間 | | |
| | | 令和 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2年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から | 日間 | | |
| | | 令和 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3年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から | 日間 | | |
| | | 令和 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4年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から | 日間 | | |
| | | 令和 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5年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から | 日間 | | |
| | | 令和 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。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主名 _____

(申請者) _____

個人番号 _____

電話番号 _____

兵庫県宍粟市長 様

| | | | |
|---------|-----------------------------|---------------|---------------------------|
| 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 公募 () | 認定等年月日 |
| | | ニ 却下 (理由) | 令和 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) |
| 窓口本人確認欄 | 1点確認写真有: 個人番号カード・運転免許証・ () | | |
| | 2点確認写真無: () () | | |