

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	昭和	年	月	日	男			
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号								
	世帯主との続柄	本人	生年月日	昭和	年	月	日	男				
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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間
	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)	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称										
所在地												

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 印 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 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 平成 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)