

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 男・女
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 男・女
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 _____

田原市長
殿

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 _____ ）	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）	