

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

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 _____

日田市長殿

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 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)