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 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）	年　月　日 から 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）	年　月　日 から 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）	年　月　日 から 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）	年　月　日 から 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。

年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主名
（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

美幌町長
平野　浩司　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）	