

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号			
世帯主	氏名		世帯主の住所
	生年月日		
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との続柄
	生年月日		
	個人番号		
長期入院	(該当・非該当)		
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
第三者行為による傷病		あり ・ なし	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

岐阜県瑞穂市長 森 和之 様

個人番号

氏 名

電 話 () -

市町村 処理欄	認定 方法	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:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)