

国民健康保険 **限度額適用**
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国民健康保険限度額適用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 _____

多治見市長

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	
		ハ 公簿 (_____)	認定等年月日
		ニ 却下 (理由 _____)	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)	