

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
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	第三者行為	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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)	令和 年 月 日から	日間		
		令和 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)	令和 年 月 日から	日間		
		令和 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)	令和 年 月 日から	日間		
		令和 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)	令和 年 月 日から	日間		
		令和 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)	令和 年 月 日から	日間		
		令和 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

申請者名

私は世帯主の代理人として、この申請に関する権限を委任されたことを申し立てます。

電話番号

個人番号

青森県上北郡東北町長

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) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿 ()	
		ニ 却下 (理由)	
	差額支給 有 ・ 無	食療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	