

記入例

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 | | 東国 123456789 | | | |
| 世帯主 | 住所 | 青森県上北郡東北町上北南四丁目32-484 | | | |
| | 氏名 | 東北 太郎 | 生年月日 | 昭和 50 年 1 月 1 日 | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | 東北 花子 | 個人番号 | | |
| | 世帯主との続柄 | 子 | 生年月日 | 平成 20 年 12 月 24 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。

令和 3 年 10 月 1 日 住所 青森県上北郡東北町上北南四丁目32-4

申請者名 東北 太郎

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 0176-56-3111

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) |
| | | ロ 保護申請却下通知書 | 交付番号 (第 号) |
| | | ハ 公簿 () | 認定等年月日 |
| | | ニ 却下 (理由) | 令和 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) | |