

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	愛知県知多郡武豊町 字			
	氏名		生年月日	年 月 日	
限度額適用	氏名		個人番号		
減額対象者	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	
長期入院		該当・非該当			
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		日間	
		年 月 日まで			
	入院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		日間	
		年 月 日まで			
	入院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		日間	
		年 月 日まで			
	入院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		日間	
		年 月 日まで			
	入院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		日間	
		年 月 日まで			
	入院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 _____

愛知県知多郡武豊町長
 初山芳輝 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	
		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)	