

限度額適用  
国民健康保険 標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額  
認定申請書

記入例

被保険者証記号番号	10023456			
世帯主	住所	愛知県知多郡武豊町 字長尾山2番地		
	氏名	武豊 太郎	生年月日	昭和33年 1月 1日
限度額適用	氏名	武豊 花子	個人番号	123456789012
減額対象者	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和35年 4月 1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 年 月 日まで		日間
	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 年 月 日まで		日間
	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 年 月 日まで		日間
	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 年 月 日まで		日間
	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 年 月 日まで		日間
	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。

令和2年 5月 1日

住所 愛知県知多郡武豊町字長尾山2番地  
世帯主名 武豊 太郎 印 個人番号 210987654321  
(申請者)  
電話番号 0569-72-1111

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