

標準負担額減額
国民健康保険 限度額適用 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		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 日間 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)	年 月 日から 日間 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)	年 月 日から 日間 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)	年 月 日から 日間 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)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

千歳市長 様

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) _____
個人番号 _____
電話番号 _____

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)	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)