

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号		岡 7 ー					
世 帯 主	住 所						
	氏 名		生年月日	年	月	日	男・女
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	男・女
長期入院	該当 ・ 非該当	第三者行為(交通事故等)の有無			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 年 月 日 まで 日間					
	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 年 月 日 まで 日間					
	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 年 月 日 まで 日間					
	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 年 月 日 まで 日間					
	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 年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

備前市長殿

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)