

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						
	氏名		生年月日	年	月	日	男
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	女
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)	平成	年	月	日	から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日	から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日	から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日	から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日	から	日間
		平成	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。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 印 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

高知県幡多郡大月町長  
岡田 順一 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 _____ )	平成 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)