

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

被保険者記号番号	岡3					申請日	年	月	日	
住所	津山市				電話番号 <必須>					
世帯主氏名	Ⓜ				区分	一般・退職				
世帯主個人番号										
該当者氏名					生年月日	昭・平	年	月	日	続柄
該当者個人番号										
長期入院	該当・非該当				長期該当年月日	年	月	日		

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				
	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	医療機関名	所在地						
	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	医療機関名	所在地						
	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	医療機関名	所在地						
	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	医療機関名	所在地						
	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	医療機関名	所在地						

市町村 処理欄	認定 処理	イ. 市町村民税非課税証明書	受理番号	( 第 号 )
		ロ. 保護申請却下通知書	交付番号	( 第 号 )
		ハ. 公簿 ( )	交付年月日	年 月 日
		ニ. 却下 (理由: )	認定年月日	年 月 日
差額支給 有・無		標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号) 年 月 日		

届出人:(受取人)	受付	係	主査	係長	主幹	課長	第三者の行為によるものか はい いいえ
該当者との続柄:							
電話番号:							

送付先:

記入例

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

押印

番号	岡3	1	2	3	4	5	6	7	8	申請	28年	8月	1日		
住所	津山市 山北520									電話番号 (必須)	21 - 1234				
世帯主	津山 一郎									区分	一般・退職				
世帯員	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3		
該当者氏名	津山 太郎									生年月日	55年	5月	5日	続柄	子
該当者個人番号	4	4	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
長期入院	該当・非該当									年	月	日			

連絡先を記入してください。

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。

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	医療機関名						
	所在地						
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	医療機関名						
	所在地						
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	医療機関名						
	所在地						
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	医療機関名						
	所在地						
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	医療機関名						
	所在地						

申請される方の名前・連絡先を記入してください

市町村	定処理	復申請却下通知書	受理番号	(第 )号
処理欄	二	簿 ( )	交付番号	(第 )号
	差額支給	有・無		
				月 日
				月 日
				月 日

住民票の住所地以外に送付を希望される場合は記入してください  
この場合、該当者の保険証のコピーが必要

届出人:(受取人) 岡山 花子  
 該当者との続柄: 子  
 電話番号: 090-0000-0000

三者の行為によるものか  
 はい  いいえ

送付先: 岡山市北区123