

赤色枠内をご記入下さい

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 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		○○○○○○○○○ (8桁の保険証番号)			
世帯主	住所	津山市山北520番地			
	氏名	津山 太郎	生年月日	昭和○○年○月○日	
限度額適用 減額対象者	氏名	津山 太郎	個人番号		
	世帯主との続柄	本人	生年月日	昭和○○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)		
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地		

90日を超える長期入院に該当される場合は、長期入院が証明できるもの(入院証明書、領収書等)を添付して下さい。

相手のいる傷病(交通事故等)が原因で限度額適用認定証の発行を希望される場合は「有」、それ以外は「無」を選択して下さい。

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。

住所	津山市山北520番地	令和 3年 4月 5日
世帯主名 (申請者)	津山 太郎 (印)	個人番号
電話番号	0868-32-2071	岡山 一郎 (子) (印)

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 (理由) ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号)
	差額支給	有・無	食事療養費標準負担額

世帯主以外の方が来庁される場合、来庁者名と続柄をご記入下さい。別世帯の方は、押印もお願いします。