

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		〇〇〇〇〇〇〇〇 (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	昭和〇〇年〇月〇日	
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	昭和〇〇年〇月〇日	
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)		

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。

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	

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。