

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	(印)					区 分	一 般 ・ 退 職				
該当者氏名				生年月日		昭・平	年	月	日	続柄	
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 年	月 月	日から 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 年	月 月	日から 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 年	月 月	日から 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 年	月 月	日から 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 年	月 月	日から 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			

[illegible]

届出人:(受取人)	受 付	係	主 査	係 長	主 幹	課 長
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	23年	8月	1日			
津山市 山北520										電話番号 <必須>	21 — 1234					
津山 一郎										津山	区分	一般・退職				
津山 太郎										生年月日	昭和	55年	5月	5日	続柄	子
該当・非該当										年 月 日						

連絡先を記入してください。

以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)	合計 ()日間													
入院をした保険医療機関等	医療機関名	日から 日まで ()日間												
	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	受理番号	(第 号)
処理欄	交付番号	(第 号)
個人	交付年月日	年 月 日
簿 ()		
下 (理由:		
差額支	有・無	標準負担

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

証送付先: 岡山市北区123