国民健康保険限度額適用･標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号	記　　号	１２－	番　　号	

世　帯　主 （申請者）	個 人 番 号			
	住　　所			
	氏　　名	印	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
適用・減額 対　象　者	個 人 番 号			
	氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	世帯主との続柄			

長　期　入　院	該　当　・　非該当	

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで　　日間	
	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 平成　　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）	平成　　年　　月　　日から 平成　　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）	平成　　年　　月　　日から 平成　　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）	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで　　日間	
	入院をした保険医療機関等	名　　称	
		所 在 地	

保　険　者　処　理　欄	〈認定等〉 １．公簿 ２．却下（理由 〈食事療養標準負担額減額差額支給の有無〉　区分オ/Ⅰ/Ⅱ（非課税世帯）のみ １．有 ２．無 受付番号（　　号） 認定年月日（平成　　年　　月　　日）　　平戸市長　様

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。