

## 国民健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記 号	1 2 -			番 号			
世帯主 (申請者)	個人番号								
	住 所								
	氏 名					印	生年月日	年	月
適用・減額 対象者	個人番号								
	氏 名					生年月日	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)	年	月	日から	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)	年	月	日から	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)	年	月	日から	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)	年	月	日から	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)	年	月	日から	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	<p>〈認定等〉</p> <p>1. 公簿</p> <p>2. 却下(理由)</p> <p>〈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</p> <p>1. 有</p> <p>2. 無</p> <p>受付番号(      号)</p> <p>認定年月日(令和      年      月      日)      平戸市長 様</p>
-------------	---

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。