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	１２－	番　　号	123456	
世帯主（申請者）	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
	住　　所	平戸市岩の上町1508番地3			
	氏　　名	平戸　太郎	生年月日	昭和（○）平成	34年 5月 6日
適用・減額対象者	個人番号	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1			
	氏　　名	平戸　花子	生年月日	昭和（○）平成	45年 6月 7日
	世帯主との続柄	妻			
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 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）	年 月 日から 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）	年 月 日から 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）	年 月 日から 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）	年 月 日から 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（令和　　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。