

限度額適用
 国民健康保険 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額
 認定申請書

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名	個人番号			
	世帯主との続柄	生年月日	年	月	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)			
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
	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
	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
	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
	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
	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。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名
(申請者) _____

個人番号 _____

電話番号 _____

福岡県大野城市長

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	年 月 日
	差額支給 有・無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	