

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・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
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		
長期入院				交通事故等の第三者行為	
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 日間 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 日間 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 日間 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 日間 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 日間 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 _____

高知県香美市長

殿

処理欄	認定等	イ 資料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	受付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定年月日
		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)