

【記載例】

赤字部分をご記入ください。

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		12345678			
世帯主	住所	香美市〇〇町〇〇番地			
	氏名	香美 太郎	生年月日	S35.〇.〇	
限度額適用 減額対象者	氏名	香美 花子	個人番号	1111 2222 3333	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	S35.〇.×	
長期入院	該当	交通事故等の第三者行為	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 (91日間)
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和〇年〇月〇日から 令和〇年×月〇日まで			91日間
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇総合病院		
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇番地		
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。

令和〇年〇月〇日

住所 香美市〇〇町〇〇番地  
世帯主名  
(申請者) 香美 太郎 個人番号 1111 2222 3333  
電話番号 090-〇〇-〇〇

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)