

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

認定証交付申請兼入院日数届書

被保険者記号・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 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 \_\_\_\_\_

〇〇市長  
〇〇 〇〇 殿

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）		令和 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）
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	