

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

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-------------|--------------|-----|-----|
| 被保険者証記号番号 | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 長崎県東彼杵郡東彼杵町 | | | |
| | 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 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) | 平成 | 年 | 月 | 日から |
| | | 平成 | 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。

平成 年 月 日

住所 長崎県東彼杵郡東彼杵町

世帯主名 (申請者) 印 個人番号

電話番号

東彼杵町 殿

| | | | |
|-----|------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 処理欄 | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由) | 受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 平成 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) |