

# 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

第三者行為該当 有・無

被保険者証記号番号	記号		番号		
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			性別	
長期入院	該当・非該当	個人番号			
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 日間		
	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 日間		
	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 日間		
	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 日間		
	入院をした保険医療機関等		名称 所在地		

上記のとおり、申請します。

年 月 日

世帯主 個人番号

(組合員)

住所 栃木県河内郡上三川町

氏名

栃木県河内郡上三川町長殿

電話番号 ( )

保険者 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 公募 ( ) ニ 却下(理由 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有・無		標準負担額差額支給台帳受理番号 (第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認 することができるときは、省略できる。