

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

認定申請書

被保険者証記号番号							
世帯主	住所						
	氏名		生年月日	年	月	日	男・女
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	男・女
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) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

竹田市長様

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 ()	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)