

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

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日
限度額適用者 減額対象	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	※ 過去12ヶ月の入院日数が90日を超えると該当			
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。		入院合計日数(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
	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
	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
	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
	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
	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 \_\_\_\_\_

加西市長 殿

処理欄	認定等	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 <input type="checkbox"/> 公簿 ( ) <input type="checkbox"/> 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	食事療養費標準負担額差額支給台帳(第 号)