

記入例

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
 限度額適用・標準負担額減額

| | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------|--------------|--------------|-----|-----|--|
| 被保険者記号・番号 | | 香川32・ | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 香川県仲多度郡琴平町 1234 番地 | | | | | |
| | 氏名 | 琴平 太郎 | 生年月日 | 昭和30年 4 月 1日 | 性別 | 男・女 | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | 琴平 花子 | 個人番号 | 123456×××××× | | | |
| | 世帯主との続柄 | 妻 | 生年月日 | 昭和35年 5 月 1日 | 性別 | 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) | 令和 年 月 日から | | 日間 | | | |
| | | 令和 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) | 令和 年 月 日から | | 日間 | | | |
| | | 令和 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) | 令和 年 月 日から | | 日間 | | | |
| | | 令和 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) | 令和 年 月 日から | | 日間 | | | |
| | | 令和 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) | 令和 年 月 日から | | 日間 | | | |
| | | 令和 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。

令和×年 ×月 ×日

住所 琴平町1234番地

世帯主名 (申請者) 琴平 太郎 個人番号 123456××××××

電話番号 0877-75-××××

琴平町長 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) | |