国民健康保険　限度額適用 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	氏　名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏　名		世帯主との続柄	（男・女）
	生年月日			
	個人番号		交通事故等の第三者行為	（有・無）

長期入院		（該当・非該当）	
1	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年　月　日

申請者　住　所

富田林市長　様

個人番号

氏　名

市町村処理欄	認定方法	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：　）	受理番号（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申請台帳発行番号（第　号）