

# 国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額申請書

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												
減額対象者	氏名											世帯主との続柄	
	生年月日												
	個人番号												交通事故等の 第三者行為

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		
申請日の前1年間の入院期間（日数）										から まで			
入院をした保険医療機関等										名称			
申請日の前1年間の入院期間（日数）													
入院をした保険医療機関等										名称			
申請日の前1年間の入院期間（日数）													
入院をした保険医療機関等										名称			

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

住 所

申請者 個人番号

氏 名

富田林市長 様

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)