

**限度額適用**  
**国民健康保険 標準負担額現額** **認定申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

被保険者記号・番号							
世帯主	住所						
	氏名			生年月日	年	月	日
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
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			
	入院をした保健医療機関等	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			
	入院をした保健医療機関等	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			
	入院をした保健医療機関等	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			
	入院をした保健医療機関等	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			
	入院をした保健医療機関等	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 \_\_\_\_\_

美深町長 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	
		ハ 公簿（ ）	認定等年月日
		ニ 却下（理由 ）	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）