

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		和 1 7		
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	
	生年月日			
	個人番号			

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	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	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	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	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	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
岩出市長 中芝 正幸 様

申請者 住 所

氏 名

個人番号

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)