

限度額適用

国民健康保険 (食事療養・生活療養)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
認 定 対 象 者	氏 名	生 年 月 日 年 月 日
	個人番号	
	世帯主との続柄	性 別 男・女
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	入 院 ・ 在 宅 末 期 医 療 総 合 診 療
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 年 月 日まで 日間
	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地

上記のとおり申請します。

年 月 日 世帯主 住 所
氏 名 ⑧
個人番号
電話番号 ()

..... 鹿嶋市長 様

保 険 者 認 定 等 処 理 欄	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)	年 月 日
	差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

決 裁					

受付者