

**限度額適用**  
**国民健康保険 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	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		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)  
電話番号

個人番号

(宛先) 桑名市長

処理欄	認定等	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 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)