

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

下記のとおり申請します。

被保険者証		記号番号		小 ○○○○-○○○													
世帯主	住所	小松市 □□町 □□番地										電話 (××) ××××					
	氏名	小松 太郎										⑩ (署名または記名押印)					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
減額対象者	氏名	小松 一郎										区分					
	生年月日	××年××月××日		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続柄
申請日前一年間の入院状況	医療機関名	医療機関所在地					入院期間及び入院日数										
							年	月	日	日間							
							年	月	日	日間							
							年	月	日	日間							

注意 「申請日前の一年間の入院状況」欄は、住民税非課税世帯の人で入院日数が合計90日を越える場合のみ記入して下さい。

交付年月日	年 月 日	長期入院	申請日	年 月 日
発行年月日	年 月 日		該当日	年 月 日
有効期限	年 月 日			
返却年月日	年 月 日			

差額状況	申請日	決定番号	支出月日	医療機関名	日数	金額	摘要	未 ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		
	R. . . .	NO.	R. . . .		日	円		

確認欄	・課税台帳 ・住民税申告書 ・その他 ()	確認者印 印	受付印
			申請者: _____ ()

証送付先; 〒 _____

申請者: _____ ()