

国民健康保険 限度額適用 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  |                   |             |                       | 保険区分 | 一般 ・ 退本 ・ 退扶 |  |
| 世帯主        | 住所                |             |                       |      |              |  |
|            | 氏名                |             |                       | 生年月日 |              |  |
| 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 |              |  |
| 長期入院       | 該当 ・ 非該当          | 交通事故等の第三者行為 |                       |      | 有 ・ 無        |  |
| ①          | 申請日の前1年間の入院期間（日数） |             | 年 月 日から<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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

世帯主名

（申請者）

個人番号

電話番号

宮城県気仙沼市長 菅原茂 あて

|     |             |   |   |
|-----|-------------|---|---|
| 処理欄 | 認<br>定<br>等 | イ 市町村民税非課税証書<br>ロ 保護申請却下通知書<br>ハ 公簿 ( )<br>ニ 却下 (理由 ) | 受付番号 (第 号)<br>交付番号 (第 号)<br>認定等年月日<br>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)                  |