

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

被保険者記号・番号		帯広			
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	
ここから下は、長期入院該当者のみご記入ください。			入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院をした保険医療機関等	①限度額適用・標準負担額減額認定証が必要な方の「氏名」、「生年月日」を記載してください。 ※複数名いらっしゃる場合はお1人様につき1枚申請書が必要になります。			日間
	申請日の前1年間の入院をした保険医療機関等				日間
②	名称				日間
	所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで			
④	名称				日間
	所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日 まで			

②国保上の世帯主の方の「住所」、「氏名」、「電話番号」の記載をお願いします。

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。

令和 年 月 日
住所 _____
世帯主名 (申請者) _____
電話番号 _____
帯広市長 米沢 則寿 様

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 令和 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)