

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

被保険者記号・番号		〇〇〇〇〇〇〇〇			
世帯主	住所	延岡市東本小路2-1			
	氏名	延岡 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
限度額適用 減額対象者	氏名	延岡 花子	個人番号	わからない場合は記入不要	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
長期入院	該当・非該当	交通事故等第三者行為	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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地		

必ずご記入ください

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 〇 年 〇 月 〇 日

住所 延岡市東本小路2-1

世帯主名 (申請者) 延岡 太郎 個人番号 わからなければ記入不要

電話番号 お昼間に連絡の取れる番号をご記入ください。

延岡市長
読谷山 洋司 殿

処理欄	認定等	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 公募 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	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)