

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
 ○内を記入・押印
 してもらおう

被保険者証記号番号	記号	常 総	番号	000000	
限度額適用 減額対象者	氏 名	常総 太郎		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	個人番号	0000 0000 0000	性別	男	世帯主 との続柄
長期入院	該当 ・ 非該当				
※以下の欄は,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		
	入院した保険医療機関等	名称 所在地			

上記のとおり申請します

令和 年 月 日

申請者(世帯主) 住 所

氏 名

個人番号

電話番号

捨印

印

常総市長 殿

保険者 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(非課税・課税 所得割: 均等割:) 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	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は,保険者が市町村であって,当該事実を公募等によって確認することができるときは,省略できる。

課 長	課長補佐	係 長	係