

限度額適用

郵送申請

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		留萌			
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		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		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		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		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

住所 _____

世帯主名

(申請者) _____

個人番号 _____

電話番号 _____

北海道留萌市長
中西 俊司 殿

処理欄	認定等	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 _____ 号)
		<input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿 (_____)	認定等年月日 _____ 年 月 日
		ニ 却下 (理由 _____)	
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)	