

第三者行為 該当・非該当

|    |    |   |     |    |
|----|----|---|-----|----|
| 課長 | 班長 | 係 | 認定証 | 台帳 |
|    |    |   |     |    |

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                 |                   | 適用区分   |            |  |  |      | ア  | イ | ウ | エ | オ | 現Ⅱ          | 現Ⅰ | 低Ⅱ | 低Ⅰ |
| 世帯主                       | 住所                |        |            |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 氏名                |        |            |  |  | 生年月日 | 昭和 |   |   | 年 | 月 | 日           | 男  |    |    |
| 限度額適用<br>減額対象者            | 氏名                |        |            |  |  | 個人番号 |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 世帯主との続柄           |        |            |  |  | 生年月日 | 昭和 |   |   | 年 | 月 | 日           | 女  |    |    |
| 長期入院                      |                   | 該当・非該当 |            |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
| 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 |  |  |      | 日間 |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           |                   |        | 令和 年 月 日まで |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 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 |  |  |      | 日間 |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           |                   |        | 令和 年 月 日まで |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 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 |  |  |      | 日間 |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           |                   |        | 令和 年 月 日まで |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 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 |  |  |      | 日間 |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           |                   |        | 令和 年 月 日まで |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 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 |  |  |      | 日間 |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           |                   |        | 令和 年 月 日まで |  |  |      |    |   |   |   |   |             |    |    |    |
|                           | 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。

令和 年 月 日  
青森県北津軽郡鶴田町長 相川 正光 殿  
住 所 青森県北津軽郡鶴田町大字

申請者 印  
個人番号 電話番号

|            |     |                           |           |
|------------|-----|---------------------------|-----------|
| 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               |           |
|            |     | ハ 公簿（ ）                   | 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） |           |