

第三者行為 該当・非該当

課長	班長	係	認定証	台帳

限度額適用
 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

資格		一般・退職	
エ	オ	低Ⅰ	低Ⅱ
被保険者証記号番号		適用区分	
ア		イ ウ	
世帯主		住所	
氏名		生年月日	
氏名		昭和 年 月 日	
氏名		男	
限度額適用減額対象者		個人番号	
世帯主との続柄		生年月日	
世帯主との続柄		昭和 年 月 日	
世帯主との続柄		男	
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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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。

平成 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	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	平成 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)	