

限度額適用

国民健康保険

食事療養・生活療養標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・食事療養標準負担額減額

減額対象者の被保険者証記号番号						年 月 日
世帯主	住所	黒潮町				
	氏名	印	男・女	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		男・女	個人番号		
	生年月日	年 月 日				
	世帯主との続柄					
長期入院	該当 ・ 非該当					
区分	1 一般被保険者 2 退職被保険者 (本人・扶養)		1 限度額適用 (ア・イ・ウ・エ・現Ⅰ・現Ⅱ) 2 食事療養・生活療養標準負担額減額 3 限度額適用・食事療養標準負担額減額 (オ・区分Ⅰ・区分Ⅱ)			

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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

市区町村長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、</p> <p style="text-align: right;">市区町村長 印</p>
備考	「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

※ 入院先

※ 郵送・手渡し ()