

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

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	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	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		日間
			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）		年 月 日 から		日間
			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）		年 月 日 から		日間
			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）		年 月 日 から		日間
			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）		年 月 日 から		日間
			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。

年 月 日

住所 _____

世帯主名
 （申請者） _____
 電話番号 _____

個人番号 _____

埼玉県和光市長 殿

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（ ） 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	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第 号）
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II	