

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

被保険者証の記号番号		北広島						
世帯主	住所	北広島市						
	氏名		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	男・女
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	昭・平 令	年	月	日	男・女
長期入院	該当・非該当							
ここから下は、住民税非課税世帯で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。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

北広島市長 様

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)	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)