

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		北広島					
世帯主	住所						
	氏名		生年月日	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	年	月	日	男・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)			年	月	日	から
				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
				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
				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
				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
				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

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)	