

国民健康保険 {
 限度額適用  
 標準負担額減額  
 限度額適用・標準負担額減額
 }
 認定請求書

被保険者証記号番号		ホト-		
世帯主 (組合員)	住所			
	氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号			
	世帯主(組合員)との続き柄			
長期入院	該 当 ・ 非該当			
(1)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年 月 日から	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)	令和	年 月 日から	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)	令和	年 月 日から	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)	令和	年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		
所在地				

令和 年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

決 定 欄	認 定	認 定 事 項	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(課税・非課税) ニ その他	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	却 下	差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	