

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 | 令和 | | 年 | 月 | 日まで | 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 | 令和 | | 年 | 月 | 日まで | 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 | 令和 | | 年 | 月 | 日まで | 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 | 令和 | | 年 | 月 | 日まで | 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 _____

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) | |