

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

被保険者証記号・番号							
世帯主	住所	島根県雲南市					
	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	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 島根県雲南市

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____

雲南市長 殿

雲南市 確認欄	認定等	イ 市民税非課税証明書	受理番号 (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 _____)	令和 _____ 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番号 (第 _____ 号)	