

**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		雲仙			
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	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。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ ④ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

長崎県雲仙市長  
金澤 秀三郎 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿 ( )	
		ニ 却下 (理由 )	
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)	