

課長	主幹		課長補佐	副主幹	係長		係

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

被保険者証の記号番号		香川 17		一般 退職本 退職扶		
世帯主	住所	木田郡三木町大字				
	氏名	印	届出人氏名 (続柄)	()		
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		電話番号			
長期入院	該当 ・ 非該当		個人コード			

長期入院の場合

入院日数合計	日間
--------	----

①	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関	名称				
所在地						
②	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関	名称				
所在地						
③	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関	名称				
所在地						
④	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関	名称				
所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関	名称				
所在地						

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額を申請します。

平成 年 月 日

町使用欄

発行期日	平成 年 月 日	判定	A 上位 B 一般 C 非課税	納付状況	完納・未納
長期該当	平成 年 月 日				



課長	主幹		課長補佐	副主幹	係長		係

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

被保険者証の記号番号		香川 17	0123456	一般 退職本 退職扶	
世帯主	住所	木田郡三木町大字 氷上310		印鑑	窓口に手続きに来た方の氏名と世帯主との続柄
	氏名	国保 太郎	印	届出人氏名(続柄)	
限度額適用減額対象者	氏名	国保 二郎		生年月日	昭・平 55年 5月15日
	世帯主との続柄	子		電話番号	087-891-3304
長期入院	該当 ・ 非該当			個人コード	

長期入院の場合 入院日数合計 92 日間

①	申請日の前1年間の入院日数	平成23年6月1日 ~ 平成23年8月31日(92日間)			
	入院をした医療機関	名称	〇〇〇〇〇病院		
所在地		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
②	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 年 月 日(日間)			
	入院をした医療機関	名称			
③	申請日の前1年間の入院	年 月 日(日間)			
	入院をした医療機関				
④	申請日の前1年間の入院	年 月 日(日間)			
	入院をした医療機関				
⑤	申請日の前1年間の入院	年 月 日(日間)			
	入院をした医療機関	名称			
所在地					

非課税(C区分)になる方で、長期入院に該当する場合(C区分であった期間のうち、過去12か月で91日以上入院があった方は、入院時食事代が、1食当たり210円から160円になります。

該当する場合は、「入院日数」及び「入院をした医療機関」欄に記入し、領収書のコピーを付けて申請してください。

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額を申請します。

平成24年 4月 1日

町使用欄

発行期日	平成 年 月 日	判定	A 上位	納付状況	完納・未納
長期該当	平成 年 月 日		B 一般		
			C 非課税		