

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

認定申請書

| | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------|-------------------|--------------|--|
| 被保険者記号・番号 | | 2 9 - - | | | |
| 世帯主 | 住 所 | | | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | | |
| 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 | | |
| 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 年 月 日 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) | | 年 月 日 から 年 月 日 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) | | 年 月 日 から 年 月 日 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) | | 年 月 日 から 年 月 日 日間 | | |
| | 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 年 月 日 日間 | | |
| | 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

世帯主名
(申請者)

個人番号

電話番号

府中市長
高野 律雄 殿

| | | | |
|-----|------------|--|---|
| 処理欄 | 認定等 | 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 () ニ 却下 (理由) | 受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等 年月日 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発行番号 (第 号) |
| | 所得区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ | |

本人確認書類:マイナ・免許証・その他() 発送処理:郵送(/)