

**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**

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	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	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	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
		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
		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
		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
		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。

住 所 \_\_\_\_\_ 年 月 日

世帯主名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(申請者)

電話番号 \_\_\_\_\_

男鹿市長殿

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 _____ 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)

# 記載例

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	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	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。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年	年	↑ 太枠内を記入し、 該当する方を丸で囲んでください。  ・「長期入院」とは申請する以前1年間に90日を超えて入院した場合です。該当する場合は、入院期間や病院名を記載してください。  ・交通事故等の第三者の行為による負傷等で治療した場合は、別途手続きが必要となります。							
	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	年	↑ 太枠内を記入し、 該当する方を丸で囲んでください。  ・「長期入院」とは申請する以前1年間に90日を超えて入院した場合です。該当する場合は、入院期間や病院名を記載してください。  ・交通事故等の第三者の行為による負傷等で治療した場合は、別途手続きが必要となります。							
	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	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）	年	年	月	日	から	月	日	まで	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	年	月	月	日	日	から	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地								

↓太枠内を記入してください。

上記の欄は、長期入院認定を受ける申請者のみ記入してください。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※処理欄省略