限度額適用

国民健康保険　標準負担限度額　　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	兵庫県神崎郡神河町				
	氏　名		生年月日	T・S・H　　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	S・H・R　　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）	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで	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）	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで	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）	令和　　年　　月　　日　から 令和　　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）	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　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）	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで	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。

令和　　年　　月　　日

住　　所　兵庫県神崎郡神河町

世帯主名
（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

兵庫県神崎郡神河町長　　様

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（　　） 二　却下（理由　　）	受付番号　（第　　号） 受付番号　（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)	