

**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		1 2 3 4 5 6 7					
世帯主	住所	兵庫県神崎郡神河町 寺前 64 番地					
	氏名	神河 太郎	生年月日	T	Ⓢ・H	40 年 1 月 1 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	神河 花子	個人番号	5 6 7 8 5 6 7 8 5 6 7 8			
	世帯主との続柄	妻	生年月日	Ⓢ・H・R	42 年 2 月 22 日	男・女	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	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	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	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	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	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 5 年 4 月 1 日

住所 兵庫県神崎郡神河町 寺前 64 番地

世帯主名  
(申請者)

神河 太郎

申請者は世帯主となります

個人番号

1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4

電話番号

0 7 9 0 - 3 4 - 0 0 0 1

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	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	受付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ( )	認定等年月日
		ニ 却下 (理由 )	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)	