

課長	課長補佐	係長	係員

**限度額適用**  
**国民健康保険 食事療養・生活療養標準負担額減額 認定申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

被保険者証記号番号	平川				
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号	.....	.....	.....	.....
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号	.....	.....	.....	.....
	世帯主との続柄				

長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無
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 届出人住所

届出人氏名

個人番号

.....
-------

電話番号

平川市長 殿