

様式1)

受付番号 第 号  
受付年月日 令和 年 月 日

国民健康保険限度額適用・食事療養費標準負担額減額認定申請書  
(一般・退職・高齢受給者)

|          |         |          |                |  |    |   |   |   |    |   |
|----------|---------|----------|----------------|--|----|---|---|---|----|---|
| 被保険者記号番号 | 大       | 保険者番号    |                |  | 4  | 1 | 0 | 8 | 5  | 2 |
| 世帯主      | 住所      | 杵島郡大町町大字 |                |  |    |   |   |   |    |   |
|          | 氏名      | 印        | 生年月日           | 大正   | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 平成 |   |
| 減額対象者    | 氏名      |          | 生年月日           | 昭和   | 平成 | 年 | 月 | 日 |    |   |
|          | 世帯主との続柄 |          | 個人番号           |  |    |   |   |   |    |   |
|          | 電話番号    |          | 傷病の原因          | <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 |    |   |   |   |    |   |
| 長期入院     | 該当・非該当  | 負担区分     | ア・イ・ウ・エ・オ II・I |  |    |   |   |   |    |   |

|                          |                  |                         |        |    |
|--------------------------|------------------|-------------------------|--------|----|
| 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) | 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) | 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) | 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国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

大町町長 殿

|        |         |                      |  |  |                    |    |     |    |   |
|--------|---------|----------------------|--|--|--------------------|----|-----|----|---|
| 担当課処理覽 | 認定等     | イ 市町村民税非課税証明書        |  |  | 本件 認定証 を交付してよろしいか。 |    |     |    |   |
|        |         | ロ 保護申請却下通知書          |  |  |                    |    |     |    |   |
|        |         | ハ 公簿確認 ( )           |  |  |                    |    |     |    |   |
|        |         | ニ 長期入院該当 (令和 . . から) |  |  | 決裁                 | 課長 | 副課長 | 係長 | 係 |
|        |         | ホ 却下 (理由 )           |  |  |                    |    |     |    |   |
|        | 認定証交付番号 | 第 号                  |  |  | 令和 年 月 日 認定        |    |     |    |   |