

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

飯塚市長 様

年 月 日

入院時一部負担金の限度額適用及び食事療養標準負担額の減額を申請します。
 なお、必要があるときは世帯の所得状況について地方自治法に基づく課税台帳により
 確認されることを承諾します。

被保険者 記号番号		区 分		ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ			
世帯主	住 所						
	氏 名			印	生年月日	年 月 日	
	個人番号		TEL (世帯主・対象者)		— —		
限度額適用 減額対象者	氏 名			生年月日	年 月 日		
	世帯主との続柄			個人番号			
一般 ・ 退職 ・ 退扶		長期入院	該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無
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 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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 月 日から 年 月 日まで 日間				
	入院をした保険医療機関等		名 称				
			所 在 地				

処 理 欄	認 定 等	イ	市町村民税非課税証明	受 理 番 号	第 号	
		ロ	保護申請却下通知書	交 付 番 号	第 号	
		ハ	公 募	認 定 年 月 日 年 月 日		
		ニ	却 下			
	差額支給		有 ・ 無		標準負担額差額支給台帳発行番号 (号)	