

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

被保険者記号・番号		26-			
世帯主	住 所	武蔵野市			
	氏 名		生年月日		
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		
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）	年      月      日 から          日間 年      月      日 まで			
	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          日間 年      月      日 まで			
	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          日間 年      月      日 まで			
	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          日間 年      月      日 まで			
	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）	年      月      日 から          日間 年      月      日 まで			
	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。

年          月          日

住      所          \_\_\_\_\_

世帯主名  
(申請者)          \_\_\_\_\_ 個人番号          \_\_\_\_\_

電話番号          \_\_\_\_\_

武蔵野市長  
小美濃 安弘 殿

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	交付番号（第          号）
	ハ 公簿（          ）	認定等年月日          年          月          日	
ニ 却下（理由          ）	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）	