

別記様式第 15 号(第 28 条、第 31 条の 2、第 31 条の 4 関係)

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

被保険者証記号番号		豊頃 ー			
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
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	年 月 日	男・女
長期入院	該 当 ・ 非該当				
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 _____

豊頃町長 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	交付番号(第 号)
		ハ 公簿()	認定等年月日
		ニ 却下(理由)	平成 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)