

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額**

認定申請書

被保険者記号番号		(枝番)			
世帯主	住所	輪島市			
	氏名	生年月日	大正 昭和	平成 令和	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	大正 昭和	平成 令和	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。

令和 年 月 日

住所 輪島市 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

輪島市長
坂口 茂 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 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)