

**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							
世帯主	住所	陸前高田市 町字					
	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			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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

陸前高田市長
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 令和 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)

窓口に来られた方	住所	陸前高田市 町字		
	氏名		電話番号	()
	申請者との関係			