

国民健康保険  
 限度額適用  
 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	当麻	区分： <span style="float: right;">ア・イ・ウ・エ・オ</span> 現役Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・低所得Ⅱ・Ⅰ									
減額対象者	個人番号										
	氏名							世帯主 との続柄			
	生年月日	令和・平成・昭和 年 月 日						男・女			
長期入院		該当・非該当									
①	申請日の前1年間の入院日数		年 月 日～			年 月 日			( 日間)		
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									
②	申請日の前1年間の入院日数		年 月 日～			年 月 日			( 日間)		
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									
③	申請日の前1年間の入院日数		年 月 日～			年 月 日			( 日間)		
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所

申請者（世帯主）

氏名

（電話

）

当麻町長 宛

町 記 入 等 欄	認 定	イ 市町村民税非課税証明書	受理番号（第 号）		
	入 等	ロ 保護申請却下通知書			
	二	ハ 公簿（ ） 却下（理由 ）			
	差額支給	有・無	標準負担限度額差額支給台帳発行番号（第 号）		