

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書						
被保険者証記号・番号		白 糠				
限度額適用 減額対象者 氏 名	年 月 日生	世帯主との 続 柄		性 別	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）	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間		
	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）	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間		
	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）	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間		
	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国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住 所 白糠町
氏 名

印

白 糠 町 長 様

町 処 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書	受理番号 _____ 号
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 _____ 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	標準負担額差額支給台帳番号（第 _____ 号）	