

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							
	氏名				生年月日	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	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)	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 _____

福岡県田川郡赤村長
道 廣 幸 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)	

決 裁	課長	課長補佐	参事補佐	係長	主査	主事
			※			

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

保険証番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分

交通事故等の第三者行為 有 ・ 無

請求年月	療養を受けた 被保険者氏名	生年月日	性別	医療機関名	入・外	日数	総医療費
		個人番号					患者負担額
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円
年 月		年 月 日			入・外	日	円
							円

貸付額	総医療費	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円	円

上記のとおり申請いたします。 年 月 日

住所 _____

申請者氏名 _____ 個人番号 _____
(世帯主)