

**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		個人番号（世帯主）		
世帯主	住所			
	氏名	印	生年月日	昭・平 年 月 日 男・女
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄		個人番号	
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	日間	
		平成 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）	平成 年 月 日から	日間	
		平成 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）	平成 年 月 日から	日間	
		平成 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）	平成 年 月 日から	日間	
		平成 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）	平成 年 月 日から	日間	
		平成 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり申請します。

申請日 平成 年 月 日

田村市長 様

処理欄	認定等	市民税非課税証明書等・保護申請却下通知書	発行（却下）年月日
		公簿確認	平成 年 月 日
			有効期限
		却下（理由： ）	平成 年 月 日
	差額支給	有・無	