

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
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							
世帯主	住 所						
	氏 名			生年月日			
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			
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 _____ 印 個人番号 _____
(申請者)

電話番号 _____

新潟県南魚沼郡湯沢町長 様

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定等年月日 令和 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿（ ）	
		ニ 却下（理由 ）	
		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）