

国民健康保険
 限度額適用
 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		64-				
世帯主	住所					
	氏名	生年月日	年	月	日	男・女
限度額適用	氏名	生年月日	年	月	日	男・女
減額対象者	世帯主との続柄	個人番号				
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)	年	月	日から	日間	
		年	月	日まで		
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
		年	月	日まで		
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
		年	月	日まで		
	入院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)	年	月	日から	日間	
		年	月	日まで		
	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認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所

世帯主名

(申請者)

個人番号

電話番号

神奈川県愛甲郡愛川町長 殿

処理欄	認定等	イ、市町村民税非課税証明書	差額支給	有・無
		ロ 保護申請却下通知書	番号確認 通・個・住・他()	
	ハ 公募 ()	身元確認 免・パ・個・住・在・身・他()		
	ニ 却下 ()	(NO.)		
認定等年月日		年 月 日		