

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	高山村大字								
	氏名	印	生年月日	年	月	日	男・女			
減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日	男・女			
	世帯主との続柄									
長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月日	平成	年	月	日				
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								
④	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								

市区町村長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に____年度の市（区）町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、 高山村長 荒木 毅</p>
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

市区町村 処理欄	認定等	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 <input type="checkbox"/> 公簿（住民税課税台帳・ <input type="checkbox"/> 却下（理由： 	交付番号（第 号） 交付年月日（ . . ） 発行期日（ . . ） 有効期限（ . . ）
	差額支給	有・無	標準負担額差額支給台帳番号（第 号）

国民健康保険 食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		—			
世帯主	住所	高山村大字			
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
減額認定証の交付を受けている者		交付番号	第 号		
		交付年月日	平成	年	月 日
		発行期日	平成	年	月 日
		長期該当年月日	平成	年	月 日

食事療養を受けた保険医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
	平成	年	月	日まで	
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）					円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
イ. 長期入院該当申請日以降、長期入院該当年月日前の入院であったため （申請日の翌月の初日以前） ロ. その他					

上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険標準負担額差額の支給を申請します。

平成 年 月 日

住所 高山村大字
申請者 氏名 _____ 印

高山村長 様

市区町村 処理欄	差額支給	イ (780-650) 円 × () 日 = () 円	台帳番号 (第 号) 受理番号 (第 号) 合計 () 円 支給年月日 (H. . .)
		ロ (780-500) 円 × () 日 = () 円	
		ハ (650-500) 円 × () 日 = () 円	
		ニ (780-300) 円 × () 日 = () 円	
		ホ 却下 (理由:)	

国民健康保険 食事療養標準負担額減額認定申請書（更新用）

被保険者証記号番号		—			
世帯主	住所	高山村大字			
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主の続柄				
長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月日	平成	年 月 日	
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			
④	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 高山村大字 _____

氏名 _____ 印

高山村長

様

市区町村 処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 口 保護申請却下通知書 ハ 公簿（住民税課税台帳・ 二 却下（理由： _____）	交付番号（第 _____ 号） 交付年月日（ _____ . _____ . _____ ） 発行期日（ _____ . _____ . _____ ） 有効期限（ _____ . _____ . _____ ）
	差額支給 有・無		標準負担額差額支給台帳番号（第 _____ 号）