

**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) \_\_\_\_\_ 印 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

福岡県福津市長  
原崎 智仁 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)	