

限度額適用

国民健康保険

食事療養費標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		霧国																
世帯主	住所																	
	氏名			生年月日														
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日														
	世帯主との続柄			個人番号														
長期入院	該当・非該当			負担区分														
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 年 月 日まで		日間												
	入院をした保健医療機関等			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 年 月 日まで		日間												
	入院をした保健医療機関等			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 年 月 日まで		日間												
	入院をした保健医療機関等			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 年 月 日まで		日間												
	入院をした保健医療機関等			名称														
				所在地														
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 年 月 日まで		日間												
	入院をした保健医療機関等			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)
電話番号

霧島市長 様

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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() <input type="checkbox"/> 却下(理由)		受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 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)				
	新証発行 <input type="checkbox"/>		旧証回収 <input type="checkbox"/>		使用方法の説明 <input type="checkbox"/>		発症又は負傷理由の確認 <input type="checkbox"/>