

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

被保険者記号番号		深	
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)	生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		
長期入院	該当 ・ 非該当		
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 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)	年 月 日から 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)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	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)	年 月 日から 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申請します。 なお、本件について必要な課税状況について調査されることに同意します。  年 月 日 住所 深川市 申請者 (世帯主) 氏名 (個人番号 ) 〒 ( ) - )  深川市長様			

市 処 理 欄	○適用区分	A	B	C	交付年月日	年 月 日
		区分Ⅱ	区分Ⅰ		発効期日	年 月 日
	1. レセプトによる確認 2. 医療機関の証明より確認 3. 領収書で確認 4. 前年度の申請より確認	イ. 市民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿			長期該当年月日	年 月 日
					入院(91日目)年月日	年 月 日