様式第８号の４(第11条関係)

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 | | 氏　　名 |  | | 世帯主の住所 | | |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 個人番号 |  | | |  | | |  |
| 限度額適用減額対象者 | | 氏　　名 |  | | 世帯主との続柄 | | |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 個人番号 |  | | | |  | |  |
| 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） | | | | から  まで　　　　　日間 | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
|  | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | から  まで　　　　　日間 | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
|  | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | から  まで　　　　　日間 | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
|  | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | から  まで　　　　　日間 | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 第三者行為による傷病 | | | | | あり　　・　　なし | | | | |

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額認定証の交付を申請します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住　　所

　　　　　可児市長　　様　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

電　　話