

別記様式第7号(第2条関係)

国民健康保険  
 限度額適用  
 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		
	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		
	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)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

(あて先) 高山市長  
 世帯主 住所  
 個人番号  
 氏名  
 電話 ( ) —

市町村 処理欄	認定方法	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: )	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有・無		標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)