様式第５号（第１７条第１項関係）

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枝番				
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	
2	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	
3	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	
4	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	
5	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	

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

三重県尾鷲市長　様

申請者　住所

氏名

個人番号

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．公募（　　） 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）	