

様式第10号(第24条, 第25条の2, 第26条, 第28条関係)

限度額適用

国民健康保険 (食事療養・生活療養)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					
認 定 対 象 者	氏 名					生 年 月 日	年 月 日				
	個人番号										
	世帯主との続柄					性 別	男 ・ 女				
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当				入 院 ・ 在 宅 末 期 医 療 総 合 診 療						
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							

上記のとおり申請します。

年 月 日 世帯主 住 所
氏 名
個人番号
電話番号 ()

----- 鹿嶋市長 様 -----

保 険 者 处 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
		ハ 公簿()	認定等年月日
		ニ 却下(理由)	年 月 日
		差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できる。

決 裁	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	

受 付 者