

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 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (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