

限度額適用認定証

国民健康保険

(食事療養・生活療養)標準負担額減額認定証

交付申請書

限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者記号・番号		記号	鹿	番号	(枝番)						
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。

令和 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 処理欄	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ときは、省略できる。

決裁	課長	副参事	課長補佐	係	係

受付者