国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額申請書

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			
減額対象者	氏　　名		世帯主との続柄	（男・女）
	生年月日			
	個人番号		交通事故等の第三者行為	（　有　・　無　）

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	
	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

住　　所

申請者　個人番号

氏　　名　　印

東京都西多摩郡日の出町長　様

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）