

被保険者証記号番号	1234		
世帯主	氏名	湖西 太郎	
	生年月日	昭和●年■月▲▲日	
	個人番号	番号確認 <input type="checkbox"/>	
限度額適用 減額対象者	氏名	湖西 花子	
	生年月日	昭和●●年■月▲日	
	個人番号	番号確認 <input type="checkbox"/>	
世帯主との続柄		妻 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)	
長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当)		
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和2年1月1日から 令和2年3月31日まで	から まで 91日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	〇〇病院 〇〇市〇〇町1-1
	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	

過去12か月で90日を超える入院がある場合に該当となります。
※適用区分がオ又は区分Ⅱの人

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。

令和●年■月▲▲日

(宛先) 湖西市長

申請者 住所 湖西市吉美3268番地

氏名 湖西 太郎

身分確認

※日中連絡のとれる電話番号を記入してください

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)