

様式第10号（第24条関係）

国民健康保険 食事（生活）療養標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		つくば			
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	男・女
	個人番号			世帯主との続柄	
長期入院 (91日以上)	該当・非該当				
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
	入院した保険医療機関等	名称			
所在地					

交通事故等の第三者行為に該当する診療でこの認定証が必要
 （該当する場合は、レ点を記入してください。）

上記のとおり申請します。

年 月 日

（世帯主）住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

個人番号

電話番号

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 <div style="text-align: right;">市区町村長名 ㊟</div>
-----------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

受 付		番号確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> []	身元確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> ()	代理権の確認 <input type="checkbox"/> 本人の保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> []	代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> ()
--------	--	--	---	--	---