様式第 14 号(第 12 条関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の記号・番号	村上					
世帯主	住所	村上市				
	氏名		生年月日			
対象者	氏名		生年月日			
	個人番号					
	続柄		電話番号		長期入院	該当・非該当

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年間の入院日数(日数)	年　月　日～　　年　月　日　　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年間の入院日数(日数)	年　月　日～　　年　月　日　　日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり関係書類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

申請人（世帯主）　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(宛先)村　上　市　長

届出人 (窓口に来られた方)	□世帯主　□対象者（下記の欄は記入不要） □同一世帯員（下記の氏名、電話番号を記入） □代理人（下記の欄をすべて記入）		
氏　名		電話番号	
住　所		世帯主との続柄	

市処理欄	認定証	1　市県民税非課税証明書 2　保護申請却下通知書 3　公簿(現役並みⅠ・現役並みⅡ・区分Ⅱ・区分Ⅰ) 4　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	受付者
	差額支給(有 ・ 無)	標準負担額差額支給台帳発行番号(第　　号)		
	滞納状況(有 ・ 無)	特別の事情の有無(有(　)・無)税務課対応者(　　)		