

国民健康保険 食事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  
 生活療養標準負担額減額

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名			生年月日	
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	
長期入院	該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無
以下の欄は、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					

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年          月          日

住所 \_\_\_\_\_  
 世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 中央区長

代理人(送付先)	<input type="checkbox"/> 代理人をこの申請に係る証の送付先に指定する場合は、チェック✓をいれてください。
住所	
氏名	続柄 (          )
電話	(          )