

# 記入例

部分のみ記入・押印して下さい。

様式第11号(第23条, 第23条の2, 第25条, 第27条, 第29条, 第30条関係)

限度額適用  
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・標準負担減額

被保険者証記号番号	茨城 12345678												
限度額適用 減額対象者	氏名	茨城 花子				生年月日	昭和20年 1月 1日			(性別)			
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	世帯主との続柄	妻				長期入院	該当・ <u>非該当</u>						

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
			年	月	日まで	
	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	日間	
		年	月	日まで		
	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	日間	
		年	月	日まで		
	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	日間	
		年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間	
		年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり申請します。

令和 年 ● 月 ▲ 日

茨城町長 宛

申請者 住所 茨城町小堤1080  
(世帯主) 氏名 茨城 太郎  
個人番号 123456789123  
電話 029(292)1111

印

保険者 処理 欄	区分	1 限度額適用認定証	認定等年月日 年 月 日
		2 食事療養標準負担額減額認定証	
		3 限度額適用・標準負担額減額認定証	差額支給 有 ・ 無
		4 不交付	

課長	課長補佐	係長	係員