

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 | | | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | 世帯主との続柄 | | | | 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。

| | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|--|--|----|
| 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 | | | |
| ⑤ | 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 | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者
(世帯主)

住所
氏名
個人番号
電話

印

茨城町長 宛

| | | | |
|----------------|----|--------------------|-----------------|
| 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 |
| | | | |