

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 住所
(世帯主) 氏名
個人番号
電話

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