

記入例

□部分のみ記入して下さい。

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・標準負担額減額

氏名欄に記載されている方のマイナンバー
を記入してください

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------|-------|---|---|---|------|-------------|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | |
| | 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・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 | 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 〇 月 〇 日

申請書提出日

茨城町長 宛

世帯主のマイナンバー

申請者 住所 茨城町小堤1080
(世帯主) 氏名 茨城 太郎
個人番号 112233445566
電話 029(292)1111

| | | | | | | |
|------------|----|--------------------|--------|---|---|---|
| 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 | | | |
| | | 4 不交付 | 有 ・ 無 | | | |

| | | | |
|----|------|----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
| | | | |