

北海道国民健康保険 限度額適用 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	記号	士幌	番号	
適用減額対象者	氏名(個人番号)	( )		生年月日
	世帯主との続柄			性別
長期入院	該当 ・ 非該当		長期入院該当年月日	年 月 日
※ここから下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
①	申請日の前の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	申請日の前の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	申請日の前の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	申請日の前の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。

年 月 日

申請者(世帯主) 住所 士幌町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

士幌町長 様

個人番号 \_\_\_\_\_

保険者処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	ロ 添付書類	受付番号(第 号)
		ハ 保護申請却下通知書		交付番号(第 号)
		ニ 公簿( 年度町民税課税台帳)		
		ホ 却下(理由 )		
標準負担額差額支給		有 ・ 無	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)	

決裁	課長	主幹	担当主査	担当	受付	年 月 日
					認定	年 月 日
					交付	年 月 日
認定証適用区分		ア	イ	ウ	エ	オ
		現役並みⅡ	現役並みⅠ			