様式第14号(第27条，第28条の２，第29条，第31条，第33条，第34条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | | | | | 限度額適用  食事療養標準負担額減額  生活療養標準負担額減額  限度額適用・標準負担額減額 | | | | | | | | | | | | | 認定申請書 | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | | | 鉾田 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 男・女 | |
| 個人番号 |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | |

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | 認定等 | ア　市町村民税非課税証明書  イ　保護申請却下通知書  ウ　公簿（　　　　　　　　　　　　　　）  エ　却下（理由　　　　　　　　　　　　） | | 受付番号（第　　　　　号）  交付番号（第　　　　　号）  認定年月日  年　　月　　日 |
| 食事療養差額支給　　有・無  生活療養差額支給　　有・無 | | 食事療養標準負担額差額支給台帳受理番号(第　　　　　号)  生活療養標準負担額差額支給台帳受理番号(第　　　　　号) | |

備考　市町村民税非課税証明書は，保険者が市町村であって，当該事実を公簿等によって確認することがで

きるときは，省略できる。