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。