

様式第8号(第20条, 第21条の2, 第21条の4関係)

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 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	土 浦		番 号		
減 額 対 象 者	氏 名					生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄						
	個人番号						
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。						入院日数合計 日間	
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			

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者(世帯主)住 所
氏 名
個人番号
電話番号

(申請先)土浦市長

保 険 者 処 理 欄	認 定 等	イ 市長村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿() ニ 却下(理由)	受 付 番 号(第 号) 交 付 番 号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有・無		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。