

国民健康保険(限度額適用・標準負担額減額)認定申請書

※太枠の中のみご記入ください。

被保険者証番号		保険種別		若人(一般・退本・退扶) 高齡	
減額対象者	氏名	生年月日		年	月 日 男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。また、認定要件判定のため申請者及びその世帯に属する被保険者の所得状況を公簿確認されることを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>三 次 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">世帯主(申請者) 〒 _____ 住 所 ) 名 前 ) ㊞ 電話番号 )( _____ ) _____ - _____</p>					

※ 以下、市役所記入欄

長期入院	該 当 ・ 非 該 当	
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

本人・家族の氏名	平成 年度 住民税課税状況	判 定	該 当 ・ 非該当	
	非課税・課税	認 定	年 月 日～ 年 月 日	
	非課税・課税	長 期	年 月 日から	
	非課税・課税	区 分	若人) ア・イ・ウ・エ・オ (高齡) I・	
	非課税・課税	交 付 受 付 者	窓口交付・郵便交付	
	非課税・課税		交付日	月 日