

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		記号	12-	番号	123456									
世帯主 (申請者)	個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	住所	平戸市岩の上町1508番地3												
	氏名	平戸 太郎						印	生年月日	昭和 34 年 5 月 6 日 平成				
適用・減額 対象者	個人番号	0	0	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	氏名	平戸 花子						印	生年月日	昭和 45 年 6 月 7 日 平成				
	世帯主との続柄	妻												
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			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			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			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			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			日まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称												
		所在地												

保険者処理欄	〈認定等〉
	1. 公簿 2. 却下(理由) 〈食事療養標準負担額減額差額支給の有無〉 区分オ/Ⅰ/Ⅱ(非課税世帯)のみ 1. 有 2. 無 受付番号()号 認定年月日(令和 年 月 日) 平戸市長 様

備考 「市区町村長が証明する欄」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。