

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

余市町長 様

下記のとおり交付申請します。

令和 x 年 x 月 x 日

被保険者記号番号	余 100000														
世帯主	住所	余市町 朝日町 丁目 26番地													
	氏名	余市 太郎			生年月日	昭・平・令 55年 1月 28日	男	女							
	個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	電話番号	0135-21-2111
限度額適用 減額対象者	氏名	余市 花子			生年月日	昭・平・令 56年 11月 5日	男	女							
	個人番号	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6		
	世帯主との続柄	妻													

◆ 太枠の中を黒のボールペンでお書きください。

長期入院	該当 ・ 非該当	入院日数合計(日間)											
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から			令和 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)	令和 年 月 日 から			令和 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)	令和 年 月 日 から			令和 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)	令和 年 月 日 から			令和 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)	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			日間					
	入院をした保険医療機関等	名称										所在地	

備考									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第三者行為	認定区分確認	認定区分	差額支給	発効期日	受付	入力
有・無	1 市町村民税非課税証明書 2 公簿 3 その他		有 無			