

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

決 裁		
課 長	係 長	係 員

被保険者証記号番号												
世帯主 (組合員)	住 所											
	氏 名					生年月日	昭和・平成・令和		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	昭和・平成・令和		年	月	日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄						個人番号					
長期入院 該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為				有 ・ 無						
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和		年	月	日から		日間			
	入院をした保険医療機関等		令和		年	月	日まで					
			名 称									
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和		年	月	日から		日間			
	入院をした保険医療機関等		令和		年	月	日まで					
			名 称									
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和		年	月	日から		日間			
	入院をした保険医療機関等		令和		年	月	日まで					
			名 称									
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和		年	月	日から		日間			
	入院をした保険医療機関等		令和		年	月	日まで					
			名 称									
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和		年	月	日から		日間			
	入院をした保険医療機関等		令和		年	月	日まで					
			名 称									
		所 在 地										

上記のとおり、関係書類を添えて、国民健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申 請 者

住 所 :

氏 名 :

連絡先 :

川崎町長

殿