

国民健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

交付番号	No.
------	-----

被保険者証記号番号		森一			
世帯主	住所	森町字			
	氏名		生年月日	昭平	年 月 日 男・女
	個人番号	-----			
減額対象者	氏名		生年月日	昭平	年 月 日 男・女
	個人番号	-----			
	適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	
長期入院	該 当 ・ 非該当		適用区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ・現役Ⅰ・現役Ⅱ	

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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり国民健康保険限度額適用標準負担額減額の認定を申請します。
また、同一世帯に属する世帯員全員について町民税の調査を依頼します。

年 月 日

住 所 森町字

世 帯 主

氏 名

印

森 町 長 様