

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

交付番号 No.

被保険者証記号番号	森一		一般・退職本人・退職扶養	
世帯主	住所			
	氏名	生年	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号	月日		
限度額適用 減額対象者	氏名	生年	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号	月日		
	世帯主（組合員）との続柄		適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	

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)	年 月 日から 日間 年 月 日まで
	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 日間 年 月 日まで
	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 日間 年 月 日まで
	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 日間 年 月 日まで
	入院を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認定について申請します。
また、認定に必要な世帯状況・課税状況等の確認について、公簿等を閲覧されることに同意します。

年 月 日

住所 森町字
世帯主
氏名

㊞

森町長様