

課長	課長補佐	係長	回議	主務

国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定申請書

平成 年 月 日申請

被保険者証記号番号	神 山			
世帯主 (組合員)	住 所	名西郡神山町 字 番地		
	個人番号			
	氏 名	Ⓜ	生年月日	明大平 年 月 日 男・女
減額対象者	氏 名		生年月日	昭 和 年 月 日 男・女
	個人番号	世帯主(組合員)との続柄		
長期入院	該当・非該当	適用区分	低Ⅰ・低Ⅱ	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

市区町村長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、          _____、_____、_____、          市区町村長名 Ⓜ</p>
-------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。