

限度額適用
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

令和 年 月 日

(あて先)

焼津市長 宛

申請者 (世帯主)	住所											
	氏名											
	個人番号											
	電話											
届出人 続柄 連絡先												

下記のとおり関係書類を添えて次の認定証の交付を申請します。

交付を申請する認定証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
------------	---

被保険者証記号番号					個人番号											
限度額適用 減額対象者	氏名					世帯主との続柄										
	生年月日															

長期入院 (該当・非該当)		長期入院該当日		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日	から	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)			年	月	日	から	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)			年	月	日	から	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 処 理 欄	確認内容	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 () ニ. 国民健康保険税 ホ. 却下(理由:)				確認者氏名		交付番号 (第 号)		認定等年月日	
	決裁	課長	主幹	係長	担当	確認書類 第三者		保免マ外 有・無			
						年限介		その他			