

国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額申請書

被保険者証記号番号		曾国保		
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
減額対象者	氏名		世帯主との続柄	(男・女)
	生年月日			
	個人番号			

長期入院		(該当・非該当)		
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名
個人番号

印

曾於市長 五位塚 剛 様

市町村 処理欄	認定方法	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. 却下 (理由:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有・無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)