

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額

認定申請書

一般	退本	退扶
----	----	----

被保険者証 記号番号					長期入院	該当 ・ 非該当
世帯主氏名 (組合員)					生年月日	大昭 平令 年 月 日
限度額適用 減額対象者					世帯主 との続柄	生年月日 昭 平令 年 月 日
対象者個人番号						備考

①	申請日の前1年間の入院期間 日数 (累計)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 (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 (累計)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 (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 (累計)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称: 所在地:

上記のとおり申請します。
 なお、限度額適用・標準負担額減額認定にあたり、国民健康保険の担当職員が世帯主及び同世帯の被保険者にかかる個人住民税の課税状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

土佐清水市長 様

世帯主 住所 土佐清水市

氏名

電話番号 () -

【代筆の場合】

代筆者名: (続柄:)

電話番号:

※認定結果	適用区分	
-------	------	--

決 裁			
課長	課長補佐	係長	係

長期減額認定	
無	有
	令和 年 月 日 ~ 認定資料 =