

様式1)

受付番号 第 号  
受付年月日 令和 年 月 日

国民健康保険限度額適用・食事療養費標準負担額減額認定申請書  
(一般 ・ 退職 ・ 高齢受給者)

被保険者記号番号	大	保険者番号			4	1	0	8	5	2
世帯主	住所	杵島郡大町町大字								
	氏名	印	生年月日	大正	昭和	年	月	日	平成	
減額対象者	氏名		生年月日	昭和	平成	年	月	日		
	世帯主との続柄		個人番号							
	電話番号		傷病の原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為						
長期入院	該当・非該当	負担区分	ア・イ・ウ・エ・オ II・I							

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計	日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日)	令和 年 月 日から令和 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)	令和 年 月 日から令和 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)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係書類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。

令和 年 月 日

大町町長 殿

担当課処理覧	認定等	イ 市町村民税非課税証明書			本件 認定証 を交付してよろしいか。				
		ロ 保護申請却下通知書							
		ハ 公簿確認 ( )							
		ニ 長期入院該当 (令和 . . から)			決裁	課長	副課長	係長	係
		ホ 却下 (理由 )							
	認定証交付番号	第 号			令和 年 月 日 認定				