

同 年 月 日		令 和 年 月 日	
起 案 者		Ⓔ	
	課長	係長	係

国民健康保険税の未納はないので、申請にもとづき限度額適用認定証を交付してよろしいでしょうか。

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者番号	みよた				
世帯主	住 所	御代田町大字			
	氏 名	生年月日	年 月 日	男・女	
減額対象者	氏 名	生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主(組合員)との続柄				
長期入院	該当・非該当				

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	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
⑤	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
	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限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所

御代田町長 様

氏 名

Ⓔ