

<< 記載例 >> 国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額申請書

被保険者記号番号				
世帯主	氏 名	こちらグレーの枠内は 予めお客様の情報を印字しておりますので 記入は不要です。		
	生年月日			
	個人番号			
減額対象者	氏 名			
	生年月日			
	個人番号	交通事故等の 第三者行為	(有 ・ 無)	
長期入院		(該当 ・ 非該当) ※長期入院該当とは申請日の前1年間の入院日数が90日を超えた場合です。		
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和〇年 8月 1日 から 令和〇年 10月31日 まで 92 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	〇〇病院	
		所在地	〇△□▽ 1の2	
申請日の前1年間の入院期間(日数)		「長期入院」欄は、申請日の前一年間以内の単独もしくは複数の医療期間への入院期間が"90日"を超える場合にのみ「該当」に○をし、それぞれの入院詳細を記入ください。 非該当の場合は「非該当」に○をしてください。		
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 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。

令和〇年 〇月 〇〇日

世帯主 住 所 函南町平井717-13

氏 名 函南 太郎

電話番号 055-979-8111

静岡県田方郡函南町長 仁科 喜世志 様

捨印

必ず押印してください

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)

□ 個人番号の記載・検索することについて説明を受けました。記載が無い場合は函南町役場にて記載・検索致します。

☆ 交通事故等により保険治療を受けた場合には必ず届出してください。 ☆