

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

田川市長 殿

年 月 日

下記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
なおこの申請にかかる課税台帳の閲覧に同意します。

被保険者証記号番号				
世帯主	住所			
	氏名	生年月日		
個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日		
	世帯主との続柄	国保資格	一般・退職	
個人番号				
届出人	氏名	電話番号		
	世帯主との続柄			

長期入院	該当・非該当	入院日数合計	日	交通事故等の第三者行為	有・無	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日	～	年 月 日	日間	確認事項 公簿 領収書 期間証明 その他
	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)	年 月 日	～	年 月 日	日間	確認事項 公簿 領収書 期間証明 その他
	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)	年 月 日	～	年 月 日	日間	確認事項 公簿 領収書 期間証明 その他
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地			
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日	～	年 月 日	日間	確認事項 公簿 領収書 期間証明 その他
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地			
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日	～	年 月 日	日間	確認事項 公簿 領収書 期間証明 その他
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地			
市 処 理 欄	認定	イ 市町村民税非課税証明書	認定等年月日	年 月 日		
		ロ 保護申請却下通知書	長期該当年月日	年 月 日		
	区分	ハ 公簿 ニ 却下(理由)	受付	入力	点検	
		アイウエオ 現役並み I・II・III	低所得 I・II			