

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

平成 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	印	生年月日
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
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	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 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)	平成 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)	平成 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)	平成 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)	平成 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	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)	認定等年月日	平成 年 月 日
		長期該当年月日	平成 年 月 日
	区分	アイウエオ 1 2	受付