

# 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		002-001	
世帯主	住所	田川市中央町1番1号	
	氏名	田川太郎 印	生年月日 昭和・平成35年10月 1日
限度額適用減額対象者	氏名	田川花子	生年月日 昭和・平成38年 1月31日
	世帯主との続柄	妻	国保資格 一般・退職
届出人	氏名	田川次郎	電話番号 0947-44-2000
	世帯主との続柄	子	

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
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	領収書 期間証明 その他		
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
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	領収書 期間証明 その他		
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
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	領収書 期間証明 その他		
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
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	領収書 期間証明 その他		
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
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	領収書 期間証明 その他		
市 処 理 欄	認定 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	入力	点検