

| | | |
|----|-----|-----|
| 課長 | 主査等 | 担当者 |
| | | |

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---------|------------------|--------|-----|---------|---|
| 被保険者証記号番号 | | | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 世帯主 | 住所 | (電話 -) | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| 減額対象者 | 氏名 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | 世帯主との続柄 | 保険種別 | 一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族 | | | | |
| 長期入院 | 該当 ・ 非該当 | | 適用区分 | I ・ II | | | |
| 入院外 <small>(柔道整復除く)</small> | 保険医療機関等 ・ 訪問看護事業所 | | 名称 | | | | |
| | | | 所在地 | | | | |
| | 保険医療機関等 ・ 訪問看護事業所 | | 名称 | | | | |
| | | | 所在地 | | | | |
| 入院 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 年 | 月 | 日から | 日間 | |
| | | | 年 | 月 | 日まで | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| 入院 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 年 | 月 | 日から | 日間 | |
| | | | 年 | 月 | 日まで | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| 入院 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 年 | 月 | 日から | 日間 | |
| | | | 年 | 月 | 日まで | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| 市長が証明する欄 | <p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に、_____年度の市民税が課されていないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、</p> <p style="text-align: right;">兵庫県西脇市長 片山象三</p> | | | | | | |
| 備考 | 「市長が証明する欄」は、保険者が市であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。 | | | | | 公簿による認定 | |