

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
限度額適用・標準負担額減額

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------|-----|--|--|--|----------|--|--|----------|----------|--------|--|
| 被保険者証の 記号・番号 | 村上 | | | | | | | | | | | |
| 世 帯 主 | 住所 | 村上市 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | 生年 月日 | | | |
| 対 象 者 | 氏名 | | | | | | | | 生年 月日 | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 続柄 | | | | | 電話 番号 | | | | 長期 入院 | 該当・非該当 | |

| | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------|--|
| ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 | | 入院日数合計(_____ 日間) | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | |
| 名 称 | | | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | |
| 名 称 | | | |

上記のとおり関係書類を添えて、限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額 認定証の交付を申請します。

年 月 日

申請人(世帯主) 氏名 _____

(宛先)村 上 市 長

| | |
|-------------------|---|
| 届出人 (窓口に来られた方) | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者(下記の欄は記入不要) <input type="checkbox"/> 同一世帯員(下記の氏名、電話番号を記入) <input type="checkbox"/> 代理人(下記の欄をすべて記入) |
| 氏 名 | 電話番号 |
| 住 所 | 世帯主との 続柄 |

| | | | | |
|------------------|--------------|---|---|-------------|
| 市 処 理 欄 | 認 定 等 | 1 市民税非課税証明書 2 保護申請却下通知書 3 公簿 (ア・イ・ウ・エ・オ 標準負担) 4 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 | 受 付 者 |
| | 差 額 支 給(有・無) | 標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号) | | |
| | 滞 納 状 況(有・無) | 特別の事情の有無(有()・無) 税務課対応者() | | |