

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年間の入院日数(日数)	年 月 日～ 年 月 日____日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数(日数)	年 月 日～ 年 月 日____日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・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 証	1 市県民税非課税証明書 2 保護申請却下通知書 3 公簿(現役並みⅠ・現役並みⅡ・区分Ⅱ・区分Ⅰ) 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()	