

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

課長	係長	担当

被保険者証の記号番号		天 草									
世帯主	住所	天草市 町								番 号	
	氏名										
減額対象者	氏名	生年月日		昭・平・令		年 月 日		男・女			
		世帯主との続柄									
	個人番号										
長期入院	該当・非該当	区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅱ・低Ⅰ・現Ⅰ・現Ⅱ								

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(日数)	年 月 日から		日間		確認	
	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)	年 月 日から		日間		確認	
	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)	年 月 日から		日間		確認	
	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)	年 月 日から		日間		確認	
	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)	年 月 日から		日間		確認	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

上記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 天草市

個人番号											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名 (姓) (名)

天草市長 様

処理欄	交付番号	交付年月日		非課税世帯認定等	
	第 号	令和 年 月 日		イ.課税台帳 ロ.その他 ()	
	認定年月日	長期該当年月日		備考	担当
	令和 年 月 日	令和 年 月 日		一般・退本・退扶	