

国民健康保険高齢受給者限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		滋あ			
個人番号					
減額対象者	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	世帯主との続柄
長期入院	該当 ・ 非該当	資格区分	一般 ・ 退本 ・ 退扶		
①	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			
②	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			
③	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			
④	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			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 愛荘町 番地 氏 名 (印) 愛荘町長 様 個人番号 電話番号 0749 - -					

必要書類を添付のこと

町長が証明する欄	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（組合員）及びその世帯に属する被保険者に 年度の町民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市区町村長名 印
----------	--

【備考】 「町長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。

判定区分	区分Ⅱ ・ 区分Ⅰ
------	-----------