

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

被保険者証記号番号	遠 軽							一般・退職	
世帯主	住 所	遠軽町						電話	—
	氏 名				生年月日	昭・平 年 月 日生			
	個人番号						性別	男・女	
限度額適用減額対象者	氏 名				生年月日	昭・平 年 月 日生			
	個人番号						性別	男・女	
	続 柄	本人・妻・夫・子・他()							

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	自 平成 年 月 日	日間
		至 平成 年 月 日	
	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)	自 平成 年 月 日	日間
		至 平成 年 月 日	
	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)	自 平成 年 月 日	日間
		至 平成 年 月 日	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

遠軽町長 様

上記のとおり認定を受けたいので申請します。

平成 年 月 日

住所 遠軽町

申請者

世帯主 印

※ 決 定 欄	1. 認定について							
	<input type="checkbox"/> 限度額適用	<input type="checkbox"/> 認定 (アイウエ)	<input type="checkbox"/> 非認定	理由: 滞納世帯				
	<input type="checkbox"/> 標準負担額減額	<input type="checkbox"/> 認定	課税世帯					
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 非認定	他()				
	2. 長期入院について <input type="checkbox"/> 該当 (該当年月日: 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非該当							
	※所得状況		1. 公簿確認		2. 所得証明		3. その他 ()	
交付年月日	平成 年 月 日	発効期日	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日			
課長専決	主幹等	係長	係長	担当	合 議	税務課担当		