

限度額適用

国民健康保険 食事療養標準負担額減額 認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号	山 1 5 -				
世帯主	住所	周防大島町大字 (TEL)			
	氏名		個人番号		
減額対象者名		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				
申請日	令和 年 月 日 周防大島町長 様				

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 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年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	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 年 月 日まで 日間			
	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 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					

承諾書	<p>上記申請による認定を受けるため、私の世帯の課税状況を閲覧することについて承諾いたします。</p> <p>令和 年 月 日 世帯主氏名</p>
-----	---

※ 認定証の送付先をご記入ください。

1 自宅
2 その他 ()