

国民健康保険 限度額適用・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	時津			
世帯主	住所	時津町	郷	番地
	氏名			
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名			男・女
	生年月日	昭和 令和 平成	年 月 日	世帯主との続柄
	個人番号			

長期入院	該当 ・ 非該当		※以下は該当の方のみ記入してください。		
	①	申請日前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日)		
		入院をした保険医療機関等	名称		
			所在地		
	②	申請日前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日)		
		入院をした保険医療機関等	名称		
			所在地		
	③	申請日前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日(日)		
		入院をした保険医療機関等	名称		
			所在地		
				入院日数合計(日)	

交付方法	自宅あて郵送可(希望日無し)
	令和 年 月 日() 時頃に来庁受取希望
	令和 年 月 日()までに郵送希望
	入院先病院への送付を希望
	〒

※新年度(8月1日以降)分については、8月に入ってからからの交付となり、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

上記のとおり、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。

令和 年 月 日

申請者住所 時津町 郷 番地
電話番号 - -
(世帯主) 氏名 印

時津町長 様

手 受 付 職 欄 員	<input type="checkbox"/> 税申告書の提出(所得情報有り)<国保加入者全員> 【区分】 アイウエオ 現 - 低I 低II <input type="checkbox"/> 納期到達分までの国民健康保険税完納 <input type="checkbox"/> (70歳以上の場合)所得区分が一般に該当しない	交付番号 ()
----------------------------	--	----------