

国民健康保険 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		平内 ー		令和 年 月 日			
世帯主	住所	平内町大字 字					
	氏名	Ⓜ	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女		
	電話番号	( ) ー					
	個人番号 (マイナンバー)						
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女		
	個人番号 (マイナンバー)						
	世帯主との続柄						
長期入院	該当・非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から		日間			
		平成・令和 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)	平成・令和 年 月 日から		日間			
		平成・令和 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)	平成・令和 年 月 日から		日間			
		平成・令和 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)	平成・令和 年 月 日から		日間			
		平成・令和 年 月 日まで					
入院をした保険医療機関等	名称						
	所在地						
町長が証明する欄	<p>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。</p> <p>_____、_____、_____、                  _____、_____、_____、                  平内町長 船橋茂久 Ⓜ</p>						

← 太枠内を記入してください

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できる。

**記入例**

国民健康保険 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		平内 - 800222		令和 元 年 6 月 3 日	
世帯主	住所	平内町大字 小湊 字 小湊63			
	氏名	平内 太郎 (平内)	生年月日	昭・平・令30年 11月 2日	男・女 (男)
	電話番号	(012) 3456 - 7890			
	個人番号 (マイナンバー)	123456789012			
限度額適用 減額対象者	氏名	平内 花子	生年月日	昭・平・令30年 1月 2日	男・女 (女)
	個人番号 (マイナンバー)	123456789123			
	世帯主との続柄	妻			
長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 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)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 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)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 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)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					
町長が証明する欄	<p>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。</p> <p>_____、_____、_____、          _____、_____、_____、</p> <p style="text-align: right;">平内町長 船橋茂久 ㊞</p>				

← 太枠内を記入してください

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できる。