

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
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		江府		
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との続柄	(男・女)
	生年月日			
	個人番号			

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)		から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	まで	
		所在地		
2	申請日の前2年間の入院期間(日数)		から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	まで	
		所在地		
3	申請日の前3年間の入院期間(日数)		から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	まで	
		所在地		
4	申請日の前4年間の入院期間(日数)		から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	まで	
		所在地		
5	申請日の前5年間の入院期間(日数)		から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	まで	
		所在地		

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額認定証の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

個人番号

鳥取県日野郡江府町長

様

市 処 理 欄	認定 方法	イ. 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ. 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ. 公簿 ()	認定等年月日
		ニ. 却下 (理由:)	年 月 日
		差額支給 有・無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)