

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							
世帯主	住所	上川郡剣淵町					
	氏名	Ⓔ	生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号						
	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）		年	月	日	から	日間
			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）		年	月	日	から	日間
			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）		年	月	日	から	日間
			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）		年	月	日	から	日間
			年	月	日	まで	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年	月	日	から	日間
			年	月	日	まで	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

年 月 日

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
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。

市町村長が
証明する欄

剣淵町長

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によつて確認する事が出来るときは、省略できる。