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		遠　軽							一般							
世帯主	住　所	遠軽町											電話　　—			
	氏　名								生年月日	昭・平・令　年　月　日生						
	個人番号													性別	男・女	
限度額適用減額対象者	氏　名								生年月日	昭・平・令　年　月　日生						
	個人番号													性別	男・女	
	続　柄	本人・妻・夫・子・他（　　）														

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	自　年　月　日 至　年　月　日	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）	自　年　月　日 至　年　月　日	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）	自　年　月　日 至　年　月　日	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

遠軽町長　様

上記のとおり認定を受けたいので申請します。

令和　年　月　日

申請者　住　所　遠軽町

世帯主

※決定欄	1. 認定について							
	☐ 限度額適用	☐ 認定	（ア イ ウ エ）	☐ 非認定	理由：滞納世帯			
	☐ 標準負担額減額	☐ 認定			課税世帯			
	☐ 限度額適用・標準負担額減額	☐ 認定		☐ 非認定	他（　　）			
	2. 長期入院について	☐ 該当	（該当年月日：令和　年　月　日）	☐ 非該当				
	※所得状況	1. 公簿確認	2. 所得証明	3. その他（　　）				
	交付年月日	令和　年　月　日	発効期日	令和　年　月　日	有効期限	令和　年　月　日		
	課長専決	主幹等	係　長	係　長	担　当	担　当	合　議	税務課担当