

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

令和 年 月 日

行橋市長 殿

次のとおり申請します。

被保険者証記号番号	行		—					一般・退職本・退職扶
世帯主 (組合員)	住所 行橋市							
	氏名				生年月日	年	月	日
	個人番号							
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年	月	日
	世帯主(組合員)との続柄				個人番号			
長期入院	該当・非該当		交通事故等の第三者行為		有・無			
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日 から 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)			年 月 日 から 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)			年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
	入院をした保険医療機関等			名称				
				所在地				

市区町村長が 証明する欄	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_____年度の市(区)町村民税がかされていないことを証明する。							
	_____、 _____、 _____ _____、 _____、 _____							
	市区町村長名							印

受付番号		受付年月日	年 月 日
発効期日	年 月 日	有効期限	年 月 日
備考			