

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 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	勝浦	0	1	2	3	4	5	
住所	徳島県勝浦郡勝浦町大字 久国字久保田3番地							
世帯主	氏名	(7桁) カツウラ タロウ 勝浦太郎			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
	個人番号	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6						
	限度額適用減額対象者氏名	氏名	(7桁) カツウラ ハナコ 勝浦花子			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別
※ 入院される方	個人番号	7 7 8 8 9 9 0 0 9 9 8 8						
	世帯主との続柄	妻						

この枠内は、全てご記入ください。

長期入院	非該当・該当	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・区分Ⅰ・区分Ⅱ
------	--------	------	-------------------

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		長期入院数合計(日間)
①	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (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年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

勝浦町長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて勝浦町国民健康保険の { 限度額適用 } の減額を申請します。
{ 標準負担額 }
{ 限度額適用・標準負担額 }

令和 年 月 日

申請者(世帯主) 氏名 ※① 勝浦太郎 ←

連絡先電話番号 (自宅・携帯)

届出人氏名 ※② 勝浦町子 世帯主との関係 : 子

※① 世帯主氏名を記入電話番号記入

※② 世帯主以外の方がご持参される場合ご記入ください。

市 町 村 処 理 欄				備 考	
受付年月日		認定年月日		交付年月日	