

国民健康保険

限度額適用  
食事療養／生活療養標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

湖南市長 宛

被保険者証記号番号		滋 湖							
世 帯 主 ( 組 合 員 )	個人番号								
	住 所	湖南省			電話番号	( )			
	氏 名	印	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女	
限 度 額 適 用 減 額 対 象 者	個人番号			生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	氏 名			世帯主(組合員)との続柄					
長 期 入 院	該当・非該当(非課税世帯の方のみ記入)								
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	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	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	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年間の入院期間(日数)			年	月	日から	日間		
	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		
	入院をした保険医療機関等			名 称					
				所在地					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日									

市町長が証明する欄	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 年度の市町民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市町長名 _____ 印
-----------	---

備考 「市町長が証明する欄」は、保険者が市町であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。