

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		山 7			
認定 対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号			世帯主との 続柄	第三者行為 有・無
区分		長期入院	該当・非該当	該当年月	年 月
ここから下は長期該当者のみご記入ください。				合計日数	日間
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		
下松市長 様  上記のとおり、申請します。 また、私が申請している上記の事務に必要な、世帯の市税に関する賦課徴収資料の調査を承諾します。  <div style="text-align: center;">                     年 月 日                      （世帯主） 住 所 _____                      氏 名 _____                      個人番号 _____                 </div>					
届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者	<input type="checkbox"/> その他（続柄： _____） 氏名： _____		電話番号	（ _____ ） _____

※市役所確認欄

国保税 確認済	交付日 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	備考	受付者	
------------	------------	--	----	-----	--