第　　号

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。

年　　月　　日

（世帯主）住　所

氏　名

個人番号

届出人	□世帯主 □対象者	□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	□ 窓口 □ 郵送	備考	受付者