

国民健康保険 **限度額適用**
食事標準負担額減額 **認定申請書**
限度額適用・標準負担額減

被保険者証記号番号		豊浦 —			
世帯主 (組合員)	住所	虻田郡豊浦町字			
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
	世帯主(組合員)との続柄				
長期入院	該当・非該当				
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			

同 意 書

国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担限度額認定申請書の認定要件の決定のために必要があるときは、当該認定を受けようとする者の属する世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税の課税状況につき、貴市町村長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

住 所 虻田郡豊浦町字

氏 名 _____ Ⓜ

個人番号 _____