

限度額適用

国民健康保険

認定申請書（台帳）

限度額適用・標準負担額減額

下記のとおり申請するとともに、所得基準確認のため、世帯主及び世帯員の収入等の状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。

弘 前 市 長 殿

年 月 日 受 付 印

住 所 _____ 方

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

性 別 _____ 電話（自宅 _____ ）（日中 _____ ）

被 保 険 者 記 号 番 号		弘 前	診 療 の 事 由		1.病気 2.けが（	
対 象 者	氏名		生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日	
	個人番号		性 別		続 柄	

国民健康保険入院時食事療養長期認定申請書（台帳）

上記減額認定書における減額対象者について下記のとおり申請します。

弘 前 市 長 殿

年 月 日 受 付 印

住 所 _____ 方

世帯主氏名 _____

（長期入院該当年月日 令和 年 月 日）

	申 請 日 の 前 1 年 間 の 入 院 期 間 （ 日 数 ）				④	令和 年 月 日から	
	名 称	入 院 し た 保 険 医 療 機 関 等				令和 年 月 日まで	日間 計 日
	所 在 地						
①	令和 年 月 日から				⑤	令和 年 月 日から	
	令和 年 月 日まで 日間 計 日					令和 年 月 日まで 日間 計 日	
②	令和 年 月 日から				⑥	令和 年 月 日から	
	令和 年 月 日まで 日間 計 日					令和 年 月 日まで 日間 計 日	
③	令和 年 月 日から				⑦	令和 年 月 日から	
	令和 年 月 日まで 日間 計 日					令和 年 月 日まで 日間 計 日	

交付番号		長 期 該 当 年 月 日	令和 年 月 日
------	--	---------------	----------

交付調査日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
発 効 期 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
適 用 区 分				
退 職 区 分	一 般 ・ 退 本 ・ 退 家	一 般 ・ 退 本 ・ 退 家	一 般 ・ 退 本 ・ 退 家	一 般 ・ 退 本 ・ 退 家
再 交 付 理 由				