

様式第 16 (第 10 条、第 14 条関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号			
世帯主	氏名		
	生年月日	年 月 日生	世帯主の住所
	個人番号		
減額対象者	氏名		
	生年月日	年 月 日生	世帯主との続柄 (男・女)
	個人番号		交通事故等の第三者行為 (有・無)

長期入院	(該当・非該当)		
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所
申請者 個人番号
氏名

美浜町長 様

市町村 処理欄	認定方法	1 市町村民税非課税証明書 2 保護申請却下通知書 3 公簿 () 4 却下(理由:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有・無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)