

国民健康保険 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	島93	番 号	(枝番)							
世 帯 主	住 所										
	氏 名					性 別	男・女				
	個人番号							生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏 名					性 別	男・女				
	個人番号							生年月日	年	月	日
	世帯主との続柄										
長期入院	該当・非該当	91日目該当日				年 月 日					
種 類	一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養										
所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ										

91日以上入院がある住民税非課税世帯の方は、ここから下も記入してください。				入院日数合計 (日間)				
1	申請日の前1年間の入院日数	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						

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。 年 月 日 〒 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 伊達市長 電 話 - -																							

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

受付担当者記入欄			
窓口受付 担当者印		窓口に来られた方	確 認 書 類
		世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ()