

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	香川45-				長期入院	該当・非該当				
限度額適用 減額対象者	氏名									
	生年月日				世帯主との続柄					
個人番号(マイナンバー)										

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										

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・標準負担額減額認定申請をします。

令和 年 月 日

世帯主 住所 さぬき市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

さぬき市長 大山茂樹 殿

※太枠の中のみ記入してください。(過去1年間の入院日数が90日を超えた人は①～③に記入してください。)

確認欄	所得区分					国保税滞納		未申告		
	ア	イ	ウ	エ	オ	無	有	無	有	簡易申告
									( )	未 済
本人確認	A【個カ・免許・住カ(有)・旅券・身障・( )】									
	B【保険・住カ(無)・年金・共済・( )】									
	C【学生・社員・通キャカ・クレカ・( )】									
番号確認	【個カ・通カ・住民票写(番号入)・住民票記載事項証明書(番号入)】									