

国民健康保険 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証 申請書

被保険者証記号番号				国保区分	一般	退職本人	退職扶養
世帯主	住所	愛媛県西宇和郡伊方町 番地					
	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
	世帯主との続柄						
長期入院	該 当 (年 月 日 ~) ・ 非該当						
保険医療機関等の領収書等、入院期間を確認できる書類を添付して下さい。	①	申請日の前1年間の入院日数	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						

上記のとおり国民健康保険 限度額適用認定証 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

伊 方 町 長 様

届出人	氏名			世帯主との続柄		電話番号	
-----	----	--	--	---------	--	------	--

事務処理欄

申請区分	新規・更新	適用区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	
発行処理	窓口・郵送 (/)		70歳以上	一定Ⅰ・一定Ⅱ / 低Ⅰ・低Ⅱ	
納付状況	完納・未納	受付者		備考	
有効期限	年 月 日				