

限度額適用
 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額

国民健康保険 認定申請書

被保険者証記号番号		三戸 ー	区分	一般・退職(本人・扶養)
個人番号			第三者行為	有・無
対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	世帯主との続柄		長期入院	該当・非該当

※ここから下は長期入院該当者のみご記入ください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした医療機関等	名称 所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした医療機関等	名称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした医療機関等	名称 所在地	

上記のとおり関係書類を添えて限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日

三戸町長 殿 世帯主 住所
氏名
電話 () ー

同意書	限度額適用・標準負担額の減額認定に必要があるときは、私の世帯の課税状況と国民健康保険税の納付状況を確認することに同意します。
	令和 年 月 日
	世帯主氏名

処 理 欄	所得の状況	課 税		非課税		
	保険税収納状況	完 納		未納 ()		
	適用区分	70歳未満		70歳以上		
		ア・イ・ウ・エ・オ		低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ		
決 裁	課 長	課長補佐	班 長	担 当	受付印	備 考
	本件 認定証を交付してよろしいか。					
	令和 年 月 日 決定					