

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		茂								世帯主 個人番号										
世帯主	住所	茂原市													連絡先					
	氏名						印	生年月日	年	月	日	男・女								
限度額適用 減額対象者	氏名							生年月日	年	月	日	男・女								
	世帯主との続柄							対象者 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					該当年月日					年	月	日							
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。																				
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													

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ 世帯主との続柄 _____

電話番号 _____

処理欄	交付方法	本人確認	
	窓口・郵送	免許証・パスポート・保険証・その他（ _____ ）	
	外	資格取得年月日	面接日
		年 月 日	年 月 日

受付