

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

一般 前期高齢(65才～69才) 前期高齢(70才～74才) 未就学児

記号・番号	対象となる被保険者氏名	世帯主 との続柄	生年月日
	----- 個人番号		昭・平・令 年 月 日

住民税の課税 あり (ア・イ・ウ・エ・現Ⅱ・現Ⅰ) なし (オ・低Ⅱ・低Ⅰ)

発効期日 年 月 日 有効期限 年 月 日

長期入院 該当 非該当 長期認定日 年 月 日

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

上記のとおり申請します。

むつ市長 様

住 所 _____

世帯主 氏 名 _____

個人番号 _____

令和 年 月 日

電 話 () _____

※世帯主以外の方が届け出るときご記入下さい。

住 所 _____

届出人 氏 名 _____

続 柄 _____

電 話 () _____

処理欄	受付： /	交付日： /	交付：交・郵	担当：	割 印
-----	-------	--------	--------	-----	-----