

	課長	課長補佐	係長	合議	係
伺					

限度額適用・標準負担額減額 **非**

令和 年度 国民健康保険

認定申請書

限度額適用 **課**

非課税世帯：一般 オ（70歳未満）・一般高齢 I、II（70～74歳）・退職
 課税世帯：一般 ア、イ、ウ、エ（70歳未満）・退職
 高齢現役並み I、II（70～74歳）

申請日：令和 年 月 日

◆申請者記入欄：太枠内をご記入ください。

被保険者証記号番号		届出者		続柄
世帯主	個人番号	高原町大字 番地		
	氏名	Ⓜ	生年月日 T・S 年 月 日 H・R	男・女
減額対象者	個人番号			
	氏名			
	世帯主との続柄	連絡先		

長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無
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	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	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	名称	
		所在地	