

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  退本  退扶  前期高齢(65才～69才)  前期高齢(70才～74才)  未就学児

被保険者証番号	対象となる被保険者氏名	世帯主 との続柄	生年月日 昭・平・令 年 月 日	性別 男・女
---------	-------------	-------------	------------------------	-----------

住民税の課税	<input type="checkbox"/> あり (ア・イ・ウ・エ・現Ⅱ・現Ⅰ) <input type="checkbox"/> なし (オ・低Ⅱ・低Ⅰ)	
発効期日	令和 年 月 日	有効期限 令和 年 月 日
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	長期認定日 令和 年 月 日

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から	日間
		平・令 年 月 日まで	
②	入院をした保険医療機関等	名称	日間
		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	日間
		平・令 年 月 日まで	
④	入院をした保険医療機関等	名称	日間
		所在地	

上記のとおり申請します。

むつ市長 様

〒

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

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

電話

- -

続柄

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