

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

被保険者証番号					
世帯主	住所				
	氏名		個人番号		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		個人番号		
今回の申請は、第三者の行為(交通事故など)による傷病の治療のためにするものですか。					はい ・ いいえ

長期入院	該当 ・ 非該当	住民税非課税世帯で過去12か月の入院日数が90日を超える場合は、「該当」に○をつけてください。			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで			
		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		日間	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで			
		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		日間	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで			
		名称			
		所在地			

上記のとおり、認定証の交付を申請します。

年 月 日 年 月 日

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 個人番号 _____
 電話番号 _____

身延町長 殿

町 記入欄	所得区分		交付年月日	年 月 日	受付	印
	受付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日		