

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		6			
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)	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで			
	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)	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで			
	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)	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所 在 地			

上記のとおり、認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

〒

申請者 住 所

氏 名

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	平成 年 月 日	受 付	印
	受 付 年 月 日	平成 年 月 日	有 効 期 限	平成 年 月 日		