

様式第5号 (第5条関係)

国民健康保険

標準負担額減額
限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

伊万里市長 様

年 月 日

被保険者証記号番号		—		個人番号			
世帯主	住所	伊万里市 町		番地			
	氏名	印		電話	—		
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		男・女
	世帯主との続柄			区分	一般・退職本人・退職被扶養		
長期入院	該当・非該当	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・標準・区分Ⅰ・区分Ⅱ				
第三者行為	有 ・ 無						

※ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計		日
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等	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等	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等	名称			
		所在地			
④	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等	名称			
		所在地			

課長	副課長	係長	係

認定	確認
	1. 公簿 2. 市民税非課税証明書 3. 保護申請却下通知書 4. その他

交付	点検	受付

本申請 (届) に係る世帯状況について地方税法に基づき課税台帳等及び住民基本台帳法に基づき住民票等を調査・利用されることに同意します。

(印又は署名)

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・その他()

番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住基または標準システム