

国民健康保険限度額適用・標準負担額申請書

被保険者証記号番号		長万部		平成 年 月 日	
世帯主	氏名	(印)		事業所	名称
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日	所在地	
減額対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者(減額対象者)の住所			長万部町字		
長期入院	該当・非該当	平成 年 月 日	～	区分	一般・退職本人・退職扶養
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)		平成 年 月 日から		日間
			平成 年 月 日まで		
	入院した保険医療機関		名 称		
			所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から		日間
			平成 年 月 日まで		
	入院した保険医療機関		名 称		
			所在地		
④	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		
	入院した保険医療機関		名 称		
			所在地		

市町村長が証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が 課されないことを証明する。 長 万 部 町 長
------------	---

判定結果	
------	--