

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		令和 年 月 日	
世帯主	氏名	Ⓜ		事業所	名称
	生年月日	昭・平	年 月 日	事業所	所在地
減額対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平	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	令和	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)		令和 年 月 日から		日間
			令和 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)		令和 年 月 日から		日間
			令和 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)		令和 年 月 日から		日間
			令和 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)		令和 年 月 日から		日間
			令和 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。 <div style="text-align: right;">長 万 部 町 長</div>
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

判定結果	
------	--