

課長	係長	主査

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

被保険者証記号番号	菊陽									
世帯主	住所	菊陽町								
	氏名				生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
減額対象者	氏名				生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	個人番号								世帯主との続柄	

長期入院	該当・非該当	入院日数合計 ( )日間
①	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )日間
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
②	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )日間
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
③	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( )日間
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

限度額適用  
 標準負担額減額  
 限度額適用・標準負担額減額

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険 認定証の交付を申請します。

年 月 日

個人番号									
住所	菊陽町								
氏名									
電話番号									

申請者 (世帯主)

菊陽町長様

菊陽町 処理欄	認定等	イ. 課税証明 ロ. 生活保護受給期間証明書 ハ. 公募 ( ) ニ. 却下 (理由: )	適用区分					
			ア	イ	ウ	エ	オ	Ⅰ Ⅱ
			交付年月日					
			年 月 日					