

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・標準負担額減額

認定申請書

伊万里市長 様

年 月 日

| | | | | | | | |
|-----------|---------|------------------------|--------------------------|------|-------|--|-----|
| 被保険者の記号番号 | | — | | 個人番号 | | | |
| 世帯主 | 住所 | 伊万里市 町 | | 番地 | | | |
| | 氏名 | | | 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 | 本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他 () | | | | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・標準・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現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 |
| | | |

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・資格確認書・その他()

番号確認方法：個人番号カード・住民票の写し等・住基または標準システム

《 来 庁 者 》

◆本人

世帯主 ・ 対象者

◆同一世帯

氏名 _____

◆別世帯

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

世帯主との続柄 _____