

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 _____