

下記により〔認定・却下〕してよろしいか			
課長	グループ長	主査	担当

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額**

被保険者証記号番号		むー			
世帯主	住所	勇払郡むかわ町			
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		減額認定発行期日	平成 年 月 日	
長期入院	該当・非該当		長期入院該当年月日	平成 年 月 日	
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 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	H 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1年間の入院日数	H 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1年間の入院日数	H 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			
④	申請日の前1年間の入院日数	H 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			
⑤	申請日の前1年間の入院日数	H 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			

上記のとおり認定証の交付を申請します。なお、本申請決定のため、私の世帯に関し、必要に応じて関係資料その他公簿より調査をすることを承諾します。

平成 年 月 日

申請者 住 所 むかわ町

(あて先) む かわ 町 長

(世帯主)氏 名

(印)

審査確認欄	町民税課税の有無	1. 非課税	審査確認担当者印	1. 公簿による審査確認								
		2. 免税		2. 添付書類による審査確認								
	〔世帯に属する被保険者氏名〕		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									

記入例 長期非該当

限度額適用 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		むー			
世帯主	住所	勇払郡むかわ町 穂別稲里65536番地			
	氏名	穂別 稲男	生年月日	昭和20年 10月 10日	男・女
減額対象者	氏名	穂別 里子	生年月日	昭和22年 4月 2日	男・女
	世帯主との続柄	妻	減額認定発行期日	平成 年 月 日	
長期入院	該当・非該当		長期入院該当年月日	平成 年 月 日	
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 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	H 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1年間の入院日数	H 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1年間の入院日数	H 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			
④	申請日の前1年間の入院日数	H 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			
⑤	申請日の前1年間の入院日数	H 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			

上記のとおり認定証の交付を申請します。なお、本申請決定のため、私の世帯に関し、必要に応じて関係資料その他公簿より調査をすることを承諾します。

平成22年12月3日

申請者 住所 むかわ町 穂別稲里65536番地

(あて先) むかわ町長 (世帯主) 氏名 穂別 稲男 (印)

審査確認欄	町民税課税の有無	1. 非課税 2. 免税 3. 課税	審査確認担当者印	1. 公簿による審査確認 2. 添付書類による審査確認
	〔世帯に属する被保険者氏名〕			