

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

<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 退職扶養		<input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 3歳未満		
被保険者証番号	対象となる被保険者氏名	世帯主との続柄	生年月日	性別
			昭平 年 月 日	男・女

住民税の課税  あり (A 上位・B 一般)     なし C (非課税・低II・低I)

発効期日 平成 年 月 日    有効期限 平成 年 月 日

長期入院  該当     非該当    長期認定日 平成 年 月 日

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間
		平成 年 月 日まで	
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)	平成 年 月 日から	日間
		平成 年 月 日まで	
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)	平成 年 月 日から	日間
		平成 年 月 日まで	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

むつ市長 宮下 順一郎 様

世帯主 住所 むつ市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

※世帯主以外の方が届け出るときご記入下さい。

住所 \_\_\_\_\_

届出人 氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

処理欄	受付: /	交付日: /	交付: 交・郵	担当:	割印
-----	-------	--------	---------	-----	----