## 限度額適用

国民健康保険

## 標準負担額減額

認定申請書

被仍	R険者記号	号・番号											
	帯主	住 所	赤穂市										
世		氏 名			生年月日		昭•	平・令	年	月	日		
		個人番兒	<del>1</del> .										
限度	度額適用	氏 名	_ ;				生年月日		昭•	平・令	年	月	日
減額	質対象者	個人番兒	<del>1</del> .						世帯主との続柄		丙		
長	期入院	該当	・非該当										
1)	申請日の前1年間の入院期間 (日			(日数	女)	令和		年	月	日から			日間
					令和		年	月	日まで			F- 1F-3	
	入院をした保険医療機関等					名 所在	称 地						
2	申請日の前1年間の入院期間 (日数)				(r)	令和		年	月	日から			
					X)	令和		年	月	日まで			日間
	入院をした保険医療機関等					名	称						
	7 TO BE OF THE PROPERTY OF THE					所在	地						
3	   申請日の前1年間の入院期間 (日数)				﴿)	令和		年	月	日から			日間
	1 AD 17 1 19 2 1 19 2 7 17073119 (F 20)					令和		年	月	日まで			H [B]
	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			(t)	令和		年	月	日から				
				(日 多	3/1/	令和		年	月	日まで			日間
	   入院をした保険医療機関等			ļ.	名	称							
	7 100 2	ン1CMPXL	小水(及)方(寸				地						

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄

下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員) 及びその世帯に属する被保険者に当該年度の市(区)町村民税が課されない ことを証明する。

> 赤穂市長 印

備考 ・申請時には、本人確認書類の提示が必要です。

職員記入欄 □ 本人確認

・「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認 することができるときは、省略できる。