

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

令和 年 月 日

保険証の記号番号		134-			
世帯主	住所	みやこ町			
	氏名		生年月日	昭 平 令	年 月 日
	個人番号		電話番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭 平 令	年 月 日
	世帯主 との続柄		個人番号		
長期入院	該当・非該当		発症又は 負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした保険医療機関等		
①	年 月 日から	日間	名 称		
	年 月 日まで		所在地		
②	年 月 日から	日間	名 称		
	年 月 日まで		所在地		
③	年 月 日から	日間	名 称		
	年 月 日まで		所在地		
④	年 月 日から	日間	名 称		
	年 月 日まで		所在地		
申請者が世帯主 以外の場合		住 所 <input type="checkbox"/> 世帯主に同じ  みやこ町..... 氏 名 ..... 電話番号 ..... - .....			

来庁した方の 身元確認書類等 (職員記入欄)	<input type="checkbox"/> 確認書類等(1つ) 個人番号カード・免許証・在留カード・パスポート・障害者手帳等 その他( )  <input type="checkbox"/> 確認書類等(2つ) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・各種医療証 その他( )
------------------------------	--