

受付印

交付番号

長期分交付番号

国民健康保険 限度額適用 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		区分		第三者傷害
		一般・一般高齢者		該当・非該当
対象者	氏名	生年月日		年 月 日
	世帯主との続柄	長期入院		該当・非該当
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		

八幡浜市長 様

上記のとおり申請いたします。

なお、市民税課税状況については、税務情報による世帯主と他の国保加入者の調査を承諾します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

\* 個人番号

電話番号 ( ) -

※来庁者

氏 名

対象者との続柄 ( )

※来庁者が世帯主でない場合は記入してください。

〒

郵送での交付を希望する場合

郵送先

住 所

宛 先

電話番号 ( ) -

\*個人番号欄には、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成二十五年法律第二十七号。）第二条第五項に規定する個人番号を記入

市区町村が 記入する欄	負担区分判定 (70歳未満) ア・イ・ウ・エ・オ (70歳以上) 低Ⅱ・低Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅰ
	対象者の属する世帯の市民税課税状況については、上記負担区分で判定されることを証明する。  八幡浜市長 大 城 一 郎