

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	倉吉	番号	
世帯主	住所	倉吉市			
	氏名				
	個人番号		生年月日	年 月 日	男・女
減額額適用 減額対象者	氏名				
	個人番号		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当		91日目該当日	年 月 日	
種類	一般・退職本人・退職扶養				
所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ				
①	申請日の前1年間の入院日数		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		
③	申請日の前1年間の入院日数		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		

(宛先)倉吉市長

年 月 日

上記のとおり申請します。なお、このことについて必要があるときは、私(世帯主)及びその世帯に属する被保険者の市民税の課税状況につき、貴市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

世帯主住所 倉吉市

世帯主氏名

印

電話番号