

限 度 額 適 用 認 定 証  
 国民健康保険 標準負担額減額認定証 交付申請書  
 限度額適用・標準負担額減額認定証

寒河江市長 様

被保険者記号・番号							
世 帯 主	住 所	〒 寒河江市					
	氏 名			個人番号			
	電話番号			生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏 名			個人番号			
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日
長期入院	該当・非該当	種別	一般・高齢2割・高齢3割				
第三者行為	有・無						

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計 (      日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日 (      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～ 年 月 日 (      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年間の入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日 (      日間)					
	入院をした保険医療機関等	名 称					
		所在地					

年 月 日

処 理 欄	市民税課税台帳より <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <span style="font-size: 2em;">{</span>                 上位所得者                  一般                  非課税             </div> 該当を確認	滞納の有無	区分	確認月日
		有・無		