

松茂町長 殿

下記のとおり国民健康保険限度額適用認定証、標準負担額減額認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

被保険者証記号番号		松茂一			申請日		令和 年 月 日	
世帯主	住所	松茂町						
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			男・女
	個人番号							
限度額適用減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			男・女
	個人番号							
	世帯主との続柄				電話番号			
	申請理由	交通事故 ・ けんか ・ 仕事上の怪我 ・ その他 ※ 該当する項目に○印をつけてください。						
長期入院	該当 ・ 非該当 (非課税世帯の方のみ記入)							
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			令和 令和	年 年	月 月	日から 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)			令和 令和	年 年	月 月	日から 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年間の入院期間 (日数)			令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	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)			令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等			名称				
				所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等			名称				
				所在地				

※ 長期入院該当の方は、現在お持ちの認定証と入院期間の確認できるもの（領収書等）を添えて申請してください。

町処理欄	区分	ア・イ・ウ・エ・オ	国保税の滞納	課長	回議	係
		現役Ⅰ・現役Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	有・無			