

国民健康保険限度額適用等認定申請書

蟹江町長 殿

申請者 住 所 蟹江町
氏 名
電話番号

次のとおり 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 食事療養標準負担額減額 生活療養標準負担額減額 の認定を申請します。

被保険者記号番号			交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
世 帯 主	住 所	蟹江町				
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	個人番号					
減 額 対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日		
	個人番号					
	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		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		名 称			
			所在地			
3	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		名 称			
			所在地			

(本人確認書)
個人番号カード・運転免許証
身体障害者手帳・パスポート
在留カード等
(二種類以上提示)
健康保険証・資格
確認書・年金手帳・預金通帳・キャッシュ
カード・クレジットカード・診察券等

課税状況調査同意欄	認定のため必要があるときは、私及び私の世帯に属する被保険者の当該年度分の市区町村民税の課税状況を町が調査することに同意します。 世帯主氏名
市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 、 、 市区町村長

備考 「市区町村長が証明する欄」は、「課税状況調査同意欄」において当該課税状況の調査に同意した場合であって、蟹江町が保有する公簿等によって当該事実を確認することができるときは、省略できる。