様式第７（第８条関係）

□限度額適用

□標準負担額減額

□限度額適用・食事療養標準負担額減額

国民健康保険　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額対象者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | 年　 月　 日 | |
| 個人番号 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |  | 性別 | | 男　・　女 | |
| 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 | | | | |  | | | | | |
| 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等 | | | | | | | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | |
| ④ | | 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 | | | | |  | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　年　　月　　日  世帯主　住所  氏名　　　　　　　　 　　　　印  個人番号  電話番号　　　　（　　）印  　扶桑町長様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



※上記の個人番号とはマイナンバーのことで、日本国内に住所を有する人に、

一人に一つ付番された１２桁の番号です。