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。