様式第2号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | 標準負担額減額  限度額適用  限度額適用・標準負担額減額 | 認定申請書 |

　　年　　月　　日

　古殿町長

住所

申請者

(世帯主)氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険法施行規則 | 第26条の3第1項  第27条の14の2第1項  第27条の14の4第1項 | の規定により，次のとおり，申請し |

ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | | |  | | | 種別 | | 一般・退本・退扶・高齢 | | |
| 認定を受けようとする者 | | 氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 男・女 |
| 世帯主との続柄 | |  | | | |  | | |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | 個人番号 | | | |  | | |
| 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 | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　処理欄 | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 却下年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 有効期限年月日 | 年　　　月　　　日 |

備考　※の欄は，記入しないでください。