

国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号	み柴 A	行政区		区
世帯主	住所		電話	
	氏名	印	生年月日	年 月 日 男・女
減額対象者	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			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで 日間
入院した保険医療機関等	名称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで 日間
入院した保険医療機関等	名称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで 日間
入院した保険医療機関等	名称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで 日間
入院した保険医療機関等	名称			
	所在地			

平成 年 月 日

町長が 証明す る欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとするものの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___年度の町民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____ / _____ / _____ / _____ /</p> <p>_____ / _____ / _____ / _____ /</p> <p>_____ / _____ / _____ / _____ /</p> <p style="text-align: right;">柴田町長 滝口茂 印</p>
------------------	---

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認できる場合は省略できる。

入院日数が90日を超えた場合は長期該当者となり、自己負担額1食160円とさらに減額されますので、再申請してください。