

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

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

七 飯 町 長 様  
( 一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶 )

被保険者記号番号		七	電話番号	
世帯主	住所	七飯町		個人番号
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	続柄		個人番号	
認定区分		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ		
		ア・イ(上位所得)                      ウ・エ(一般課税)                      オ(非課税) 現役並みⅡ・現役並みⅠ(70歳以上現役並み所得者)                      区分Ⅱ・区分Ⅰ(70歳以上非課税)		

税の納付状況(未納の有無)	無し 有り(認定証交付事由: )
---------------	------------------

※以下は、長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日 から 平・令 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)	平・令 年 月 日 から 平・令 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)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関	名称 所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関	名称 所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関	名称 所在地	

交付年月日	令和 年 月 日	適用年月日	令和 年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当	該当年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日	返還月日	令和 年 月 日
交付場所	本庁・大中山・大沼・郵送		