

国民健康保険

食事(生活)療養標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

限度額適用
認定申請書

被保険者証番号				電話番号		
世帯主	住所	太子町				
	氏名 (世帯主)		生年月日	大・昭・平	年	月 日 男・女
	個人番号 (マイナンバー)					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月 日 男・女
	世帯主との続柄		個人番号 (マイナンバー)			
長期入院	該当 ・ 非該当	←住民税非課税（オ・低所得Ⅱ）の方は確認				
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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 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 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 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

令和 年 月 日

町 処 理 欄	・ 公簿で確認 ・ 市町村民税非課税証明書	交付年月日	年 月 日
		認定年月日	年 月 日

(個人番号本人確認)

・免許証 ・保険証 ・マイナンバーカード
・マイナンバー通知 ・CD、クレジットカード
・通帳 ・その他()
・職員職権記入