

(様式第5号)

標準負担額減額
国民健康保険 限度額適用 認定申請書(減額台帳)
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号		島 7 -				種 別		一般 ・ 高齢																			
限度額適用 減額対象者	氏 名					生年月日		年 月 日																			
	マイナ ンバー							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項の規定により申請します。 令和 年 月 日 喜多方市長 世帯主 住所 喜多方市 氏名 マイナンバー <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 電話番号 ()																											

処 理 欄	交 付 年 月	年 月 日		交付No.	
	発効(却下)年月	年 月 日			
	有効期限年月	年 月 日			
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	I・II	現I・現II	
第三者行為による傷病の有無の確認欄 ☐ 第三者行為によるものではない ☐ 第三者行為によるもの⇒第三者行為担当に連絡すること。					
受付担当者		提出者本人確認		提出者代理人確認	
		☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証(番号) ☐ その他 〔 〕		☐ 委任状 ☐ 資格確認書等 ☐ その他 〔 〕	

