

岩手県国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号						申請日 令和 年 月 日		
世 帯 主 (組 合 員)	住 所	矢巾町						
	個人番号						生年月日	年 月 日 男・女
	氏 名							
減 額 対 象 者	個人番号						生年月日	年 月 日 男・女
	氏 名							
		世帯主(組合員)との続柄					所得区分	I ・ II
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		被保険者証区分			一般 退職本人 退職扶養		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から					日間
			年 月 日 まで					
	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
			年 月 日 まで					
	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
			年 月 日 まで					
	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
			年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等		名 称					
			所 在 地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から					日間
			年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等		名 称					
			所 在 地					

令和 年 月 日

市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。			
	____、____、____ ____、____、____			
	矢巾町長 高 橋 昌 造 印			

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿によって確認することができるときは、省略できる。