

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付

**限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額**

年 月 日

砥部町長 様

下記のとおり限度額適用認定証等の交付を申請します。

被 保 険 者 証 番 号		国 保 種 別		一般・退職(本)・退職(扶)	
世 帯 主	住 所	伊予郡砥部町		電 話	
	氏 名	Ⓜ	生 年 月 日	男 ・ 女	
	個人番号				
減 額 対 象 者	氏 名		生 年 月 日	男 ・ 女	
	個人番号				
	世帯主との続柄		適用区分		

長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	年 月 日 ~			
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			

公簿等により、上記の者に町県民税が課されないことを確認した。

確認者

レセプト等により、上記の者の入院期間等を確認した。

確認者