

決裁	課長	課長補佐	係長	係員

処理	受付担当	納税確認	受付年月日

国民健康保険
 ・ 限度額適用
 ・ 標準負担額減額
 ・ 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

※ 太枠の中の記入をお願いします。

被保険者証記号番号		垣国		世帯主個人番号			
世帯主	住所	石垣市			電話番号		
	氏名			生年月日	S H R	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名			生年月日	S H R	年 月 日	男・女
	個人番号			世帯主との続柄			
第三者行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
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)	令和 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)	令和 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)	令和 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)	令和 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

住所

申請人 氏名
 (代理人の場合) 電話番号

※減額対象者との関係 ()