

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

被保険者証記号番号		吉			
世帯主	住所	吉野ヶ里町			
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号	電話番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
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			

令和 年 月 日

町長が証明する欄	<p style="text-align: center;">下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及びその世帯に属する被保険者に____年度の町民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、 吉野ヶ里町長 印</p>
----------	--

成年後見人の方が申請される場合

住 所 _____

氏 名 _____ 連絡先 _____

*本人確認書類（運転免許証等）と成年後見人の証明の写しを持参してください。

◎ 別世帯（成年後見人の方以外）の方が申請される場合は、委任状の提出が必要です。

【注 意】

*委任状は、委任者が作成し、署名押印してください。

*代理人の方の本人確認を行いますので、本人確認書類（運転免許証等）を持参してください。

.....

委 任 状

年 月 日

吉野ヶ里町長 宛て

代理人（窓口に来られる方）

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、限度額適用認定証の申請及び証の受領に関する権限を委任します。

委任者

住 所 吉野ヶ里町 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

昼間連絡のとれる電話番号 _____