

| | | | | | |
|--------|----|----|------|-----|-------|
| 決 裁 | 課長 | 補佐 | リーダー | 受付者 | 番号確認者 |
| | | | | | |

| | |
|-------|-------------------|
| 適用区分 | |
| 一般 | ア・イ・ウ・エ・オ |
| 前期高齢者 | 低Ⅰ・低Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ |

第 号

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

平成 年 月 日

石 巻 市 長 殿

住 所 _____

申請者 (世帯主) 氏 名 _____ 印

個人番号 _____

電話番号 _____

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | |
|--------------|---------|---------------------------------------|--|--|-----------|--------------|-----------|
| 被保険者証の記号番号 | | み石 A | | | | | |
| 減 額 対 象 者 | 住 所 | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | 生年 月 日 | 昭・平 年 月 日 | 性別 男・女 |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | 被保険者の区分 | 1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 退職被保険者の被扶養者 | | | 長期入院 | 該当 ・ 非該当 | |

※ 申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方は、下記に記入してください。

入院日数合計 (日間)

| | | | | | | | |
|-----|---------------|--------------------|--|--|--|--|--|
| ① | 申請日の前1年間の入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日 (日間) | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名 称 | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日 (日間) | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名 称 | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | |