

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

令和 年 月 日

石 巻 市 長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____
 (世帯主)

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・令 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	