

食事療養標準負担額減額認定証

被保険者証記号番号		個人番号	— —	
対象者氏名		世帯主との続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
<p>上記のとおり限度額適用・標準負担の減額を申請します。</p> <p>なお、減額判定にあたり、国民健康保険の担当職員が世帯主および同世帯の被保険者にかかる個人住民税の課税状況を調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 世帯主 住所 須崎市</p> <p>氏名 個人番号 — — 電話番号 — —</p> <p>申請者 住所 氏名 世帯主との続柄 _____ 電話番号 — —</p> <p style="text-align: right;">須崎市 市長様</p>				
<p>長期入院該当申請</p> <p>令和 年 月 日 世帯主氏名 (申請者氏名 ) 須崎市 市長様</p>				

ここからは長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等	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 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等	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 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等	名称		
		所在地		

◎保険医療係記入欄(ここからは、申請者の方は記入する必要はありません。)

負担区分		確認方法	公 募 ・ 他 ( )			
世帯番号		認定日	.	.	処理	台帳・交付簿・入力
91日目	.	長期適用日	.	.	長期該当日	.
					決 裁	課長 補佐 係長 係