

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の記号・番号		香川 46 -		
被 保 険 者	氏名	生年月日		男・女
		昭和	年	月 日
	個人番号			
	住所	東かがわ市		
申請理由	交通事故・ひき逃げ・けんか・仕事上の怪我・その他 ※ 該当する項目に○印をつけてください。			
長期入院	該当・非該当		区分	区分Ⅱ・区分Ⅰ

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			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	

※認定証が必要な方と別の世帯の方が手続される場合は、こちらの欄に記入してください。

委任状

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 住所 \_\_\_\_\_

わたくしは、上記の者を代理人と定め、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請に関する一切の権限を委任します。 令和 年 月 日

委任者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 住所 \_\_\_\_\_

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 東かがわ市  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_

東かがわ市長 殿