

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