津幡町国民健康保険 限度額適用･標準負担額減額認定申請書

津 幡 町 長　あて

下記のとおり申請します。

＊太線枠内をご記入ください。

届 出 日	令和　年　月　日	認定開始日	令和　年　月　日	津	
住 所	河北郡津幡町				
世帯主氏名		印			
世帯主の個人番号					
届 出 人	同居親族でない場合は、身分証明書等が必要となります。	印			
減額対象者	生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日（ 男 ・ 女 ）				
減額対象者の個人番号					
電話番号	自 宅　（市外局番　　）　－ 携 帯　（　　）－（　　）－（　　）				

該当するものに〇をつけてください

減額対象者の年齢

・ 70歳以上　・ 70歳未満

過去一年間の入院日数

・ 91日以上　・ 90日以下

・ 再発行

仕事中（通勤中）のけがや交通事故（第三者行為）等ですか	はい　・　いいえ

送付先 ※上記の住所地以外への送付を希望する場合のみ記入してください。
※病院あて送付の場合、病院の承諾、受け取る病院職員の所属･氏名が必要です。

住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（病院名･職員の所属･氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 続柄 ＿＿＿＿

連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記減額対象者につきまして、申請日以前1年間の入院先病院名等を直近のものから順にご記入ください。

	病 院 名	入 院 期 間
1		平成 ・ 令和　年　月　日から　平成 ・ 令和　年　月　日 まで　日間
2		平成 ・ 令和　年　月　日から　平成 ・ 令和　年　月　日 まで　日間

（町記入欄）

※長期入院の日数は、オ･Ⅱ･Ⅰの期間の入院であること。（減額対象期間であれば保険の種類は問わない）

	証 発行	区分判定	申告確認	未納確認	日数確認	再発行
確認欄	印	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 現役並みⅡ ・ 現役並みⅠ ・ Ⅱ ・ Ⅰ				身分証明 聴取確認