

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

証交付・証未交付 (総理由)) 令和 年 月 日

被保険者証記号番号		倉・		電話番号	- -		
世帯主	住所	佐倉市		個人番号			
	氏名		男・女	生年月日	T/S/H/R	年 月 日	
減額対象者 (入院する者)	氏名		男・女	生年月日	T/S/H/R	年 月 日	
	世帯主(組員)との続柄			個人番号			
申請日 以前 1年 間の 入院 履歴	①	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
		医療機関名称			長期入院	該当・非該当	
		医療機関所在地			交通事故等の 第三者行為	有・無	
		②	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
			医療機関名称				
			医療機関所在地				
		③	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
			医療機関名称				
			医療機関所在地				
		④	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
			医療機関名称				
			医療機関所在地				
		⑤	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
			医療機関名称				
			医療機関所在地				

※国民健康保険税の滞納のある方は発行されませんのでご注意ください

※ ②以降は、入・退院や転院がある場合のみ記入してください。

佐倉市長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組員)及びその世帯に属する被保険者に令和____年度の市民税が課税されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 佐倉市長 西田 三十五 印
----------------	--

備考 「佐倉市長が証明する欄」は、佐倉市の業務上の処理において当該事実を公簿等によって確認することができる場合は省略できる。

(佐倉市長による証明・市民税非課税証明書・公簿)にて確認済				担当者印
負担区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	保険税滞納の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	担当者印
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 窓口確認 <input type="checkbox"/> コピー確認(郵送) <input type="checkbox"/> 職権確認			担当者印