

受付番号	
------	--

支所	非課税証明者	申請書受理者
処理欄		

限度額適用 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額				
被保険者記号番号		香川47ー		
世帯主	住所	〒ー		
	氏名	⑩	生年月日	大・昭・平 年 月 日 男・女
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄		個人番号	ー ー
	長期入院	該当・非該当	連絡先	
備考				

※長期入院に該当される方は記入をお願いします。（入院期間が確認できる書類が必要です。）

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 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年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

上記内容により標記認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

三豊市長

殿

※国保税に滞納がある場合、申請は受付できません。

有 ・ 無