

様式第15号(第24条関係)

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

		受理番号		受付年月日	
被保険者証記号番号		—		資格区分	一般・退本・退扶
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	年 月 日
	適用区分			第三者行為	有・無
長期入院	該当・非該当				
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 日間 年 月 日まで		
入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 日間 年 月 日まで		
入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 日間 年 月 日まで		
入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地			

上記のとおり申請します。

なお、当該減額認定のため、私及び私の世帯員に係る収入、課税状況等に関し、市税務課等に照会することについて同意します。

年 月 日

住 所
世帯主氏名
個人番号
電話番号

㊞

酒田市長 宛

認定証発効年月日	長期入院該当	有効期限
年 月 日	年 月 日	年 月 日
不承認の場合の理由等		