

第 18 号様式(第 14 条関係)

限度額適用
 国民健康保険 食事療養・生活療養標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・食事療養・生活療養標準負担額減額

下記のとおり認定を申請します。

年 月 日

被保険者証記号番号		島 6 ー		一般 退本 退扶 高齢(区分)	
世帯主 (申請者)	住 所	会津若松市			
	氏 名			男・女	電話番号 ー
	個人番号				
限度額適用減額対象者	氏 名			男・女	生年月日 年 月 日
	個人番号				
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当		第三者行為の有無		有・無
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 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)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
市区町村長が証明する欄	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及びその世帯に属する被保険者に 年度の市町村民税が課せられないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 (印)				

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿によって確認することができるときは、省略できる。

提出者 世帯主の提出
 (世帯主と異なる場合)
 住 所
 氏 名 (世帯主との関係)
 電話番号 ー

会津若松市長