

様式第7号（第14条第1項関係）

受付印

受理印

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

被保険者証記号番号			
世帯主	氏名	世帯主の住所	
	生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名	個人番号	
	生年月日	世帯主との続柄	
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 年 月 日まで	日間
	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 年 月 日まで	日間
	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 年 月 日まで	日間
	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 年 月 日まで	日間
	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 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

当該認定を受けるため、関係書類を添えて申請します。私の世帯の当該年度分の市民税課税台帳の閲覧を承認します。

年 月 日

世帯主 氏名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

安芸高田市長 様

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員	受付