

白

## 国民健康保険 食事療養標準負担額減額認定証交付申請書

世帯番号	— —	記号番号	— —				
減額対象となる被保険者氏名		生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄
長期入院	該当・非該当	個人番号					

**長期入院該当者記入欄** ※該当者のみ記入してください。 入院日数合計 ( ) 日間

①	申請月を含む前12月間の入院期間 (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					
②	申請月を含む前12月間の入院期間 (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					
③	申請月を含む前12月間の入院期間 (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					
④	申請月を含む前12月間の入院期間 (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、食事療養標準負担額減額認定に当たり、国民健康保険の担当職員が世帯主及び同世帯の被保険者に係る個人住民税の課税状況を調査することに同意いたします。

令和 年 月 日

高知市長様 世帯主 住所 高知市 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 記入者 \_\_\_\_\_  
 連絡可能な ☎ ( — — )

送付先(上記以外の住所地へ送付希望の場合はご記入ください。)

[ \_\_\_\_\_ ]

個人番号	
------	--

高知市 処理欄	ア 非課税 ・ 未申告 ( )	適用区分	才
	イ 国保特例標準負担額減額該当 ウ 90日該当年月日 ( 年 月 日 )	確認 (印なし時)	保険証 ・ 免許証 ・ ( )
	エ 却下(理由: )	受付	・ ・