様式第12号（第14条関係）

国民健康保険　限度額適用／標準負担額減額／限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

被保険者証記号番号		島９２　　－			保険種別	一般・退職（本・扶）
世帯主	住所					
	氏名		生年月日	年　月　日	性別	男・女
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日	性別	男・女
	個人番号					
	世帯主との続柄			長期入院	該当・非該当	

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の証明	上記のとおり入院したことを証明します。 所在地 名　称
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の証明	上記のとおり入院したことを証明します。 所在地 名　称
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の証明	上記のとおり入院したことを証明します。 所在地 名　称

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　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿

年　月　日

市区町村長

備考　「市区町村長が証明する欄」は、当該事実を公簿等によって確認できるときは、省略できる。

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年　月　日

個人番号	

住　所

世帯主　氏　名

電話番号　（　　）

南相馬市長

処理欄			
	交付年月日	年　月　日	その他処理事項
	発行（却下）年月日	年　月　日	
	長期該当年月日	年　月　日	
	有効期限	年　月　日	
	交付番号	第　　号	
	長期該当交付番号	第　　号	