

国民健康保険

限度額適用
食事療養・生活療養標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

記号・番号		個人番号	
世帯主	住所	高知県高岡郡中土佐町	
	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
限度額適用減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	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 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	
③	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	
④	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	
⑤	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	

年 月 日

中土佐町 長が証明 する欄	下記に掲げる該当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されないことを証明する。		
	、		
	、		
	中土佐町長名 印		

太線の箇所を記載すること