

別記様式第6号(第11条、第12条の2、第12条の3関係)

厚岸町国民健康保険
 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					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日
減額対象者	氏名	生年月日	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

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
 限度額適用・標準負担額減額
 認定証の交付を申請します。

申請者 住所
 氏名 印
 (本人が署名した場合は、押印は不要です。)

厚岸町長 様

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 年度の町民税 が課されないことを証明(確認)する。 _____、 _____、 _____ _____、 _____、 _____
	印 ※現有公募等で確認 印