厚岸町国民健康保険

認定申請書

限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

被	保険者証記号番号	12/2/1977									
世	帯 主 <u>住 所</u> 氏 名			生年月	日		年	月	日	 T	男・女
減る	五						年	月	月		男・女
長	世帯主との続柄 期 入 院 該 当 ・ 非 該 当										
文	 別 八 院 談 目 ・ 非 談 目 					年 月		から			日間)
1	中明日9月11年间97八阮期间(日数)		*1	. 1		年 月	F	まで			口 [印] <i>)</i> ————————————————————————————————————
	入院をした保険医療機関等	<u>名</u> 所	在地								
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)					年 年 月		∃から ∃まで		(日間)
	入院をした保険医療機関等	名所	在地								
	 申請日の前1年間の入院期間(日数)	171	1生 坦	3		年 月		から			日間)
3		名	秋	5	:	年 月	<u> </u>	まで			H 1H1/
	入院をした保険医療機関等		在地							-	
(<u>4</u>)	申請日の前1年間の入院期間(日数)					年 年 月		∃から ∃まで		(日間)
4	入院をした保険医療機関等	<u>名</u> 所	在地								
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			-		年 年 月		∃から ∃まで		(日間)
5	入院をした保険医療機関等		利								
	7 - 12 G G G G G G G G G G G G G G G G G G	所	在 地	1							
			限度	額適用						平	月 日
	上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険	標準負担名 限度額適用・標準		担額減額	認知	認定証の交付を申請します。					
				標準 負担額凋	人街	申請者	住	所			
						/- <u> -</u> -	氏	名	A 3.1	Lmr'n .∵	りてまった)
厚岸	T長 様					(本人	か者名	した場	合は、	年日1亿	は不要です。)
	下記に掲げる当該認定を受けよう		者の属	する世帯の世	世帯主及	びその世帯に	こ属する	る被保険	食者に		年度の町民税
⇒ -r	が課されないことを証明(確認)する	0									
証	明 す る 欄、_ 、、				`						r'n
						-	※現有:	公募等	で確認		<u> </u>