

様式第10号 (第12条、第20条、第20条の2関係)

受付	決	裁	確 認 者	発 行 者	摘 要 欄
	課 長	課 長 補 佐			

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

年齢区分	70歳未満 ・ 70歳以上				
被保険者記号番号	み多 A	長期入院	該 当 ・ 非 該 当		
減額対象者	氏 名	生年月日	年 月 日		
	個人番号	世帯主との続柄			
適用区分	70歳未満		70歳以上		
	ア・イ・ウ・エ・オ		低Ⅰ・低Ⅱ	現Ⅰ・現Ⅱ	
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		
			年 月 日まで 日間		
	入院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		
			年 月 日まで 日間		
	入院した保険医療機関等		名 称		
所在地					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">多賀城市長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 (世帯主)</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>					
処理	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下	理由:	<input type="checkbox"/> 差額支給の有無 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 台帳番号 (第 号)		