

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			

記載例

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	1A234567	長期入院	該当 ・ 非該当
減額対象者	氏名	多賀城 あやめ	生年月日	平成3 年 1 月 1 日
	個人番号	〇△□☆ 〇△□☆〇△□☆	世帯主との続柄	子
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		

上記のとおり申請します。

令和3年**10**月**20**日

多賀城市長 殿

申請者(世帯主)

住 所 **多賀城市中央2丁目1番1号**

氏 名 **多賀城 太郎**

個人番号 **〇△□☆〇△□☆〇△□☆**

電話番号 **022-368-1141**

処理	・認定	理由:	・差額支給の有無	有 ・ 無
	・却下		・台帳番号 (第	号)