国民健康保険限度額適用認定申請書

					番号	,						
世帯主		住所										
		氏名		月	J	生	年月	田				
適用対象者		氏名				生	年月	日				
		世帯主(組合員)との続柄					連	絡先				
長期入院		該当・非該当		世帯主 個人番号		1				対象者 個人番号		
l I	申請日の	の前の1年間の入院期間((日数)				丰	月	日から		
①							丰	月	日まで		日間	
	入院をした保健医療機関等			名	称							
				所在	E地	l						
ļ ļ	申請日の前の1年間の入院期間(日数)							丰	月	日から		
2							<u></u>	月	日まで		日間	
	入院をした保健医療機関等				名	称						
	(別とした体性区が(成内寸		所在	E地	l							
	申請日の前の1年間]の入院期間(日数)					丰	月	日から			
3	1 1 2 1 2 12 2 7 12 2 7 11 2 7 11 2 7 11 2 2 7 11 2 2 7 11 2							手 ——	月	日まで		日間
	入院をした保健医療機関等				名	称						
	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				所在	E地	ı					
l #	申請日の	の前の1年間	引の入院期間((日数)			名	丰	月	日から		
4	7 10 4 7							手	月	日まで		日間
	入院をした保健医療機関等				名	称	;					
					所在	E地	ı					
l #	申請日の前の1年間の入院期間(日数)					名	丰	月	日から			
5						名	<u></u>	月	日まで		日間	
	入院をした保健医療機関等			名	称							
				所在	E地	ı						

	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(組合員)及	をびそ
	の世帯に属する被保険者に	年度の市(区)町村民税が課されないことを記	E明す
市区町村長が証明する欄	る 。		
		栃木県真岡市長殿	印

備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。