

No. _____

令和 年度 柳井市国民健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定申請書(70 歳未満)

令和 年 月 日

被保険者記号番号		山 1 2 6 0 - -			
世 帯 主	住所	柳井市 (電話番号)			
	氏名				
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
減額対象者 (必要な人)	氏名				
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	世帯主との続柄		申請前 1 年間入院の有無	有 ・ 無	
※ 長期入院	該 当 ・ 非 該 当		※保険証区分 一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶		
①	申請日の前 1 年間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

以下税務課確認欄

市民税非課税等の確認	令和 年 月 日	確認担当者	
区 分	ア イ ウ エ オ		
確認日の国民健康保険税	済 未	確認担当者	