

国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		上板町 -			
世帯主 (組合員)	住所	徳島県板野郡上板町			
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主 (組合員) との続柄				
長期入院	該当 ・非該当				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日 から	日間	
			平成 年 月 日 から		
入院をした保健医療機関等	名称				
	所在地				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日 から	日間	
			平成 年 月 日 から		
入院をした保健医療機関等	名称				
	所在地				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日 から	日間	
			平成 年 月 日 から		
入院をした保健医療機関等	名称				
	所在地				

平成 年 月 日

市区町村長が	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せられないことを証明する。
証明する欄	<p>_____、 _____、 _____</p> <p style="text-align: right;">市長村長名 印</p>

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場合は、省略できる。