

国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書

(あて先) 木更津市長

令和 年 月 日

被保険者証記号番号	06－		電話番号	()		
世 帯 主	氏名	印		個人番号		
	住所	木更津市				
減額対象者	氏 名			個人番号		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	世帯主からみた続柄

長期入院	該当・非該当	☐ 確認済				
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(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	入院を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				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	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				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
⑤	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				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				

届出人	世帯主との関係	1 世帯主 2 減額対象者 3 同一世帯員 4 代理人(委任状必須)	本人 確認書類	☐ 免許証 ☐ 在留カード ☐ マイナンバーカード ☐ その他()
	氏名	※3の方のみ記入		NO.

公簿により非課税であることを確認しました。	令和 年 月 日	確認印	
-----------------------	----------	-----	--