

(様式2号)

国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証交付申請書

注 意 ①入院期間等については記載内容が確認できる書類等(領収書)を添付してください
②申請年月日の一月二日以降に転入された方は前住所地の市町村民税の非課税に関する証明書を添付してください

被保険者証番号		資格		一般・退職本人・退職家族	
世帯主	住所	明石市			
	氏名	男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	適用区分
減額対象者氏名		男 女	生 年 月 日	昭・平 年 月 日	世帯主との続柄
長期入院		該 当 ・ 非 該 当			
申請日の前1年間の入院期間		入院日数	入院をした医療機関の名称及び所在地		
①	平成 年 月 日から	日	名 称		
	平成 年 月 日まで		所 在 地		
②	平成 年 月 日から	日	名 称		
	平成 年 月 日まで		所 在 地		
③	平成 年 月 日から	日	名 称		
	平成 年 月 日まで		所 在 地		
④	平成 年 月 日から	日	名 称		
	平成 年 月 日まで		所 在 地		
⑤	平成 年 月 日から	日	名 称		
	平成 年 月 日まで		所 在 地		

上記のとおり国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日 申請者 住所 明石市

明石市長 様

(世帯主)氏名

TEL () -

審 査 欄	市民税申告状況確認		長期入院	差額支給の確認	交付決定状況		
	氏名	課・非	該当 日	該当・非該当	交付(該当)・却下(非該当)		
	氏名	課・非	非該当 日	上記のとおり交付してよろしいか。			
	氏名	課・非	発効期日	平成 年 月 日			
	氏名	課・非	年月日	課 長	係 長	係	受付
	氏名	課・非	有効期限	年 月 日			