

第12号様式(第13条関係)

限度額適用
国民健康保険標準負担額減額認定証交付申請書
限度額適用・標準負担額減額

確認	処理	滞納	受付

(宛先)

上尾市長

年 月 日

次のとおり申請します。

被保険者記号・番号			
(世帯主)申請者	住所		
	氏名		電話番号
	個人番号		
窓口に来られた方の氏名			

限度額適用減額対象者	氏名			
	個人番号		男・女	
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日
発症又は傷病の理由		1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(病気や怪我等)		
長期入院	該当・非該当	資格区分	一般・退職本人・退職被扶養者	
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		

※ 以下の欄は、記入する必要はありません。

所得区分	ア	エ	低所得者Ⅱ	現役並みⅡ
	イ	オ	低所得者Ⅰ	現役並みⅠ
	ウ			