

様式第12号(第16条関係)

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		
世帯主	住所				
	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)		年	月	日から
			年	月	日まで
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から
			年	月	日まで
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から
			年	月	日まで
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から
			年	月	日まで
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				

年 月 日

町長が証明 する欄	次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及びその世帯に属する被保険者に____年度の町民税が課されないことを証明する。
	<p>_____、 _____、 _____、</p> <p>_____、 _____、 _____、</p> <p style="text-align: right;">神川町長 氏名 <span style="float: right;">印</span></p>

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町長であって、当該事実を公簿等又はその写しによって確認することができるときは、省略できる。