様式第1号―2

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者番号									
減額対象者	氏　名			生年月日 年　　月　　日				男　・　女	
				個人番号					
	居住地	伊豆市							
世帯主氏名									
長期入院		該当　　・　　非該当							

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計（　　日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　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年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　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年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　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年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　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年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年　　月　　日

住　所　伊豆市

申請者

氏　名　　㊞

（個人番号　　）

電　話　　－

伊豆市長　　あて

市区町村処理欄	認定等	イ	市町村民税非課税証明書	受理番号（第　　号）
		ロ	保護申請却下通知書	交付番号（第　　号）
		ハ	公簿（低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ）	認定等年月日
		ニ	却下（理由：　　）	年　月　日