

第5号様式

( 一般被保険者  
退職被保険者  
退職被扶養者 )

国民健康保険 限度額適用 食事(生活)療養標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・食事(生活)療養標準負担額減額

年 月 日

豊橋市長様

住所 豊橋市

世帯主 氏名

個人番号

電話

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

被保険者記号・番号				対象者の 個人番号																		
対象者氏名 及び生年月日	フリガナ				世帯主との 続柄																	
					適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ / 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ																
長期入院	該当・非該当				入院日数合計	日間																
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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																				
市区町村長が 証明する欄	下記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 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。																					
	氏名				氏名				氏名													
	氏名				氏名				氏名													
	氏名				氏名				氏名													
				年 月 日	市区町村長名														印			
確認等	イ 市区町村税非課税証明書				確認年月日	年 月 日																
	ロ 保護申請却下通知書				確認者																	
ハ 公簿( )																						