

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
 限 度 額 適 用 ・ 食 事 (生 活) 療 養 標 準 負 担 額 減 額

認定申請書

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

被保険者証記号番号			対 象 者 号 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										
	年 月 日			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		性 別	男 ・ 女										
	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()														