

第7号様式

国民健康保険標準負担額減額認定申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 区長

氏 名

住 所
申請者
(印)
(世帯主)

電 話 ()

入院時の食事療養に係る標準負担額減額認定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、私の世帯の課税内容について調査することに同意します。

被保険者証記号・番号	40	████████████████	一般・ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者
減額対象者氏名			生年月日 年 月 日
長期入院	該 当・非該当	入院91日目の年月日	年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間		
	年 月 日まで		
入院をした保険医療機関名	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 日間		
	年 月 日まで		
入院をした保険医療機関名	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 日間		
	年 月 日まで		
入院をした保険医療機関名	名称		
	所在地		

交付年月日	年 月 日	発行期日 (開始年月日)	年 月 日			
長期該当年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日まで			
喪失	年 月 日	証回収(回収・未回収) 年 月 日	1 国保喪失 2 課税 3 その他			
処理欄	課長	係長	係員	決裁	受付	入力処理
				年 月 日起案		
				年 月 日決裁		
(備考)						

(注意) 印の欄は、記入しないでください。

(A4)