

様式第20号の2の2(第14条の2関係)

国民健康保険(限度額適用・標準負担額減額)認定申請書

被保険者記号・番号		小樽 123456		
世帯主	住所	小樽市花園2丁目12番1号		
	氏名	小樽 太郎	生年月日	T・S・H ○○年○○月○○日
対象者	氏名	小樽 花子	生年月日	S・H・R ○○年○○月○○日
	世帯主との続柄		妻	個人番号 1234 5678 9012
長期入院	該当・非該当	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現(I・II)・低(I・II)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
所在地				

上記のとおり申請します。
令和○○年○○月○○日

小樽市長 迫 俊 哉 様

保険収納課長	収納課主査	収納係

上記のとおり認定してよいか伺います。
認定期間 令和 年 月 日まで

申請者 住所 **小樽市花園2丁目12番1号**
氏名 **小樽 太郎**
続 柄(世帯主から見た関係) **本人**
個人番号 **1122 3344 5566**
電話番号 **0134-32-4111**

「郵送時の送付先」
〒

住所
氏名

課長	保険係長	保険係