

神石高原町長様

平成 ○○年 ○○月 ○○日

国民健康保険の食事療養費の減額認定を申請します。

必ず押印をお願いします。

被保険者証記号番号	0	1	2	3	4	5	6	7	
世帯主 (組合員)	住所	神石郡神石高原町小島2025番地							
	氏名	神石太郎 印							
	個人番号	000000000000							
減額認定者	氏名	神石花子					生年月日	性別 女	
	個人番号	000000000000							
	世帯主(組合員)との続柄		妻						

長期入院	以下長期入院(過去1年間に90日以上入院)該当の場合に記入すること。	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 ○○年 ○○月 ○○日から ○○日間 平成 ○○年 ○○月 ○○日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 ○○○○病院 所在地 福山市○○町○○
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 日間 平成 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)	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

市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(被保険者)及びその世帯に属する被保険者に当該年度の市町村民税が課されていないことを証明する。		
	国民健康保険被保険者である世帯員 ① ④ ⑦ ② ⑤ ⑧ ③ ⑥ ⑨	確認 担当者	

備考:「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等により確認できるときは、省略できる。

本 庁	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	本庁受付欄
	摘要							
支 所	支所長	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	支所受付欄	
	摘要(受付処理の状況)							

公印の 押印 承認	
-----------------	--