

限度額適用
標準負担額減額
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		指国保		
世帯主	氏 名		世帯主の住所	
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏 名		世帯主との続柄	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			

長期入院		(該当 ・ 非該当)	
1	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		☐ はい ☐ いいえ	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日
指宿市長 打越 明司 様

申請者 住所
氏 名
個人番号
電話番号

市 町 村 処 理 欄	認定方法	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 () ニ. 却下 (理由:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有 ・ 無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)	