

国民健康保険

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

被保険者証記号番号		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	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	まで	
		所在地		
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称	まで		
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称	まで		
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間	
入院をした保険医療機関等	名称	まで		
	所在地			
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 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)