

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

被保険者記号番号		合志		
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
	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			
	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
			まで	
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	日間	
		まで		
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	日間	
		まで		
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	日間	
		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

申請者 住所

熊本県合志市長 荒木 義行 宛 氏名

(届出人) 住所

氏名

続柄

市町村処理欄	認定方法	イ. 市町村民税非課税証明書	受理番号 (第 号)
		ロ. 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ. 公簿()	認定等年月日
		ニ. 却下(理由:)	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)