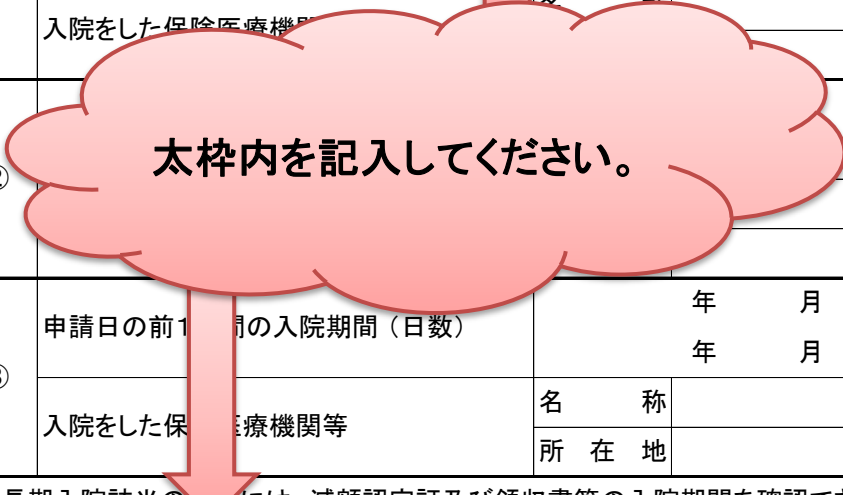


- 国民健康保険 認定申請書
- 限度額適用
 - 標準負担額減額
 - 限度額適用・標準負担額減額

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|----------------|---|---|---|---|---|--------------|------|--------------|---|---|---|--|
| 限度額適用減額対象者 | 被保険者証 記号番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 電話番号 | 0943-76-0000 | | | | |
| | 氏名 | うきは 太郎 | | | | | | 世帯主との続柄 | 本人 | | | | | |
| | 個人番号 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 8 | |
| | 生年月日 | S 25 年 1 月 1 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 第三者行為の有無 (交通事故・傷害事件等) | | | | | | | 有 ・ 無 | | | | | | |

| | | |
|------|-------------------|-------------------------|
| 長期入院 | 令和 年 日 から | 該当 ・ 非該当 |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 日間 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) | 年 月 日 から 日間 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) | 年 月 日 から 日間 年 月 日 まで |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 所在地 |



※ 長期入院該当の場合には、減額認定証及び領収書等の入院期間を確認できる書類の添付が必要です。

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

うきは市長 様 令和 元 年 8 月 1 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------|----------------|---|---|---|---|---|---------|---------------|---|---|---|---|
| 世帯主 | 住所 | うきは市吉井町新治316番地 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | うきは 太郎 | | | | | | 電話番号 | 0943-76-0000 | | | | |
| | 個人番号 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 8 |
| 申請者が世帯主以外の場合に記入 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所 | うきは市吉井町新治316番地 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | うきは 花子 | | | | | | 電話番号 | 090-1234-5678 | | | | |
| | | | | | | | | 世帯主との続柄 | 妻 | | | | |

| | | | | |
|--------|----------|-----------------------------------|----------|------------------------------|
| 市町村記入欄 | 認定等 | イ 住民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知 ハ 公簿 | 適用区分 | ア イ ウ エ オ 現役並Ⅰ 現役並Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ |
| | 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 国保税納付状況 | 完納 未納 |
| 認定年月日 | 令和 年 月 日 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | |