

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	宇城		
世帯主	氏名		世帯主の住所 熊本県宇城市
	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 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	

第三者行為
有・無

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

熊本県宇城市長 守田 憲史 様

氏名

個人番号

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)