

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

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 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)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 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)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から	日間		
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

届出者 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

宮崎県都城市長
池田 宜永 宛て

処理欄	受付者	本人確認	国保税	点検	入力	口座確認
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 未納有 <input type="checkbox"/> 未納無			通帳・システム・その他 ()