

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 | | 東彼杵 | | |
| 世帯主 | 氏名 | | 世帯主の住所 | |
| | 生年月日 | | | |
| 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 | | | |

| | | | | |
|-------------------|-------------------|----------|----|----|
| 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 | | まで | |
| | 名称 | | | |
| | 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 | | まで | | |
| | 名称 | | | |
| | 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 | | まで | | |
| | 名称 | | | |
| | 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 | | まで | | |
| | 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

世帯主住所 東彼杵郡東彼杵町 郷 番地

長崎県東彼杵郡東彼杵町長

様 氏名

印

| | | | |
|------------|------|---|--|
| 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) |