

限度額適用
 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額

国民健康保険
認定申請書

※太枠の中を記入してください。

被保険者証記号番号		0	1	2	3	4	5	6	7	種別	一般	退職	
世帯主	住所	宇佐市(大字)上田1030番地の1								個人番号			
	氏名	宇佐 太郎					性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女				
対象者	氏名	宇佐 太郎					性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	個人番号			
	生年月日	昭・平 <input checked="" type="radio"/> 令和 元年 5 月 1 日											
	世帯主との続柄	本人		電話番号	0978-27-8135				第三者		有	<input checked="" type="radio"/> 無	
窓口に来た人	氏名	※対象者と同じ場合は、記入の必要はありません。						対象者との続柄					
	電話番号	※対象者と同じ場合は、記入の必要はありません。											
長期入院	非該当・該当 (該当年月日 令和 年 月 日)				適用区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ						
						70歳以上	現・低		I・II				

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	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)				
	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。

令和 年 月 日
宇佐市長 あて

市処理欄	納税確認	台帳・納付書・その他()				
	認定日	令和 年 月 日				
	有効期限	令和 年 月 日				
	認定等	公簿 その他()			担当者	
備考						