

☐ 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

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の発行は不要となります。ぜひご利用ください。
※太枠の中を記入してください。

被保険者記号番号						種別	一般 退職	
世帯主	住 所					個人番号		
	氏 名							
対象者	氏 名					個人番号		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						
	世帯主との続柄		電話番号			第三者	有・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	令和 年 月 日～ 令和 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	令和 年 月 日～ 令和 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				