

**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**

被保険者証記号番号		阿 蘇			
世帯主	氏 名			世帯主の住所	
	生年月日	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	
	生年月日	年	月		日
	個人番号				世帯主  ( 男 ・ 女 )

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
			まで	
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	日間	
		まで		
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	日間	
		まで		
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	日間	
		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。

令和 年 月 日

阿蘇市長 様

申請者 住 所  
 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 : )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 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)

第三者行為の有無(有・無)