

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	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											

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		
									まで	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1年間の入院期間(日数)								から		
									まで	日間	
	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)								から		
									まで	日間	
	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)								から		
									まで	日間	
	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)								から		
									まで	日間	
	入院をした保険医療機関等							名 称			
							所在地				

阿蘇市長 様

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

申請者 住 所

(世帯主) 氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

市 町 村 処 理 欄	認 定 方 法	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 <input type="checkbox"/> 公簿() <input type="checkbox"/> 却下(理由:)	受付番号 (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)

第三者行為の有無(有・無)