

**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	日間
									まで	
	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	日間
									まで	
	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	日間
									まで	
	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	日間
									まで	
	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	日間
									まで	
	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)