国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額

認定申請書

申請年度:　　年度分

※太枠の中を記入してください。

保険証の記号番号					—				

限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
	個人番号		世帯主との続柄	

長期入院	①	申請日の前一年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日から	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期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日から	日間
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	
	③	申請日の前一年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日から	日間
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	

※長期入院とは、過去12ヶ月の入院日数が91日以上あることをいいます。但し、減額認定を受けていない期間の入院は除きます。

上記のとおり申請します。　　平成　年　月　日

世帯主	住所	熊本市　　区		
	氏名	印	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
	個人番号		電話番号	—　　—
来庁者	来庁者が上記以外の場合に記入			
	氏名		電話番号	—　　—
	住所（機関名）	□　世帯主と同じ	世帯主との続柄	
	備考			
確認	免許証 ・ パスポート ・ さくらカード ・ 学生証 ・ 職(社)員証 ・ 個人番号カード ・ 保険証 ・ 通帳類 ・ 聴聞 ・ その他(　　)			

新規／更新	新規	更新	長期のみ
資格区分	一般	退本	退扶
申請区分	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	低Ⅱ ・ 低Ⅰ
	長期(オ・低Ⅱの場合)	該当	非該当
	領収書	公簿	その他(　　)

認定年月日	平成　年　月　日
長期認定年月日	平成　年　月　日
前年度長期認定	有 ・ 無
前年度認定年月日	平成　年　月　日

受付者		確認		受付印