

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・令	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・令 年 月 日 から 日間										平・令 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・令 年 月 日 から 日間										平・令 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・令 年 月 日 から 日間										平・令 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。															令和	年	月	日
世帯主	住所	熊本市 区																
	氏名											印	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	
	個人番号												日中連絡のとれる 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)	<input type="checkbox"/> 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・職聞・その他()																	

新規／更新	新規	更新	長期のみ	認定年月日	平・令	年	月	日
資格区分	一般	退本	退扶	長期認定年月日	平・令	年	月	日
申請区分	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	低Ⅱ・低Ⅰ	前年度長期認定	有・無			
	長期(オ・低Ⅱの場合)	該当	非該当	前年度認定年月日	平・令	年	月	日
	領収書	公簿	その他()					

受付者		確認		受付印
-----	--	----	--	-----