

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

対象年度を記入してください

申請年度: 年度分

太枠の中を記入してください。

※国民健康保険料に滞納があった場合は、発行できない場合があります。

保険証の記号番号

限度額適用 減額対象者	氏名	肥後 太郎					生年月日	昭・平・令	55	年	5	月	5	日
	個人番号	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	世帯主との 続柄

長期入院	①	申請日の前	平・令	年	月	日	から	日間						
		入院	平・令	年	月	日	まで	日間						
	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						
		入院をした保険医療機関等	名称											
		所在地												
		平・令	年	月	日	から	日間	国民健康保険の世帯主の住所・氏名 ・生年月日・電話番号・個人番号						
		平・令	年	月	日	まで	日間	申請日 (窓口にお越しになる)						
		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。 令和元年 7 月 22 日

世帯主	住所	熊本市 中央 区					手取本町1丁目1番1号											
	氏名	肥後 花子					印	生年月日	昭・平・令	18	年	8	月	8	日			
	個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	電話番号	888	-	888	-

来庁者	来庁者が上記以外の場合に記入																	
	氏名	肥後 二郎					電話番号	222	-	222	-	2222						
	住所 (機関名)	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 病院					世帯主との 続柄	病院職員										
備考																		

確認 免許証・パスポート・マイナンバーカード・学生証・職(社)員証・個人番号カード・保険証・通帳類・職関・その他()

新規/更新	新規/更新	新規/更新	長期のみ	認定年月日	令和	年	月	日
				長期認定年月日	平・令	年	月	日
				前年度長期認定	有・無			
				前年度認定年月日	平・令	年	月	日

来庁者の氏名・住所(機関名)・電話番号を記入してください。
病院等の職員の方が来庁した場合については

分	領収書	公簿	その他()	受付者	確認	収納	受付印
---	-----	----	--------	-----	----	----	-----