

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	世帯主との 続柄

長期入院	①	申請日の	年 月 日 から		日間
		入院	月 日 まで		
	②	申請日の前一年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		日間
		入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地			
		名称			
		所在地			

認定証が必要な方の記号番号・氏名・生年月日・個人番号・世帯主との続柄を記入してください。

国民健康保険の世帯主の住所・氏名・生年月日・電話番号・個人番号を記入し、押印してください。

郵送日を記入してください。

※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		生年月日	大・昭・平・令18 年 8 月 8 日						
	個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	電話番号
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・運転免許証・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	長期の	認定年月日	平・令	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

郵送する人の氏名・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郵送する場合には住所は、医療機関名等で構いません。

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