

# 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。

※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											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	まで									
	入院をした保険医療機関等		名称														
			所在地														
	②	申請日の前一年間の入院期間（日数）	平・令		年	月	日	から	日間								
			平・令		年	月	日	まで									
入院をした保険医療機関等		名称															
		所在地															
③	申請日の前一年間の入院期間（日数）	平・令		年	月	日	から	日間									
		平・令		年	月	日	まで										
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											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・聴聞・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										前年度長期認定	有・無								
		現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ										前年度認定年月日	平・令	年	月	日					
	長期(オ・低Ⅱの場合)	該当	非該当																		
	領収書	公簿	その他( )																		
受付者											確認										
収納											受付印										