

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

認定申請書

被保険者証記号番号			
世帯主	氏名		世帯主の住所
	生年月日		
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との続柄  (男・女)
	生年月日		
	個人番号		

長期入院		(該当・非該当)	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	から	日間
	入院をした保険医療機関等	まで	
		名称	
		所在地	
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	から	日間
	入院をした保険医療機関等	まで	
		名称	
		所在地	
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)	から	日間
	入院をした保険医療機関等	まで	
		名称	
		所在地	
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)	から	日間
	入院をした保険医療機関等	まで	
		名称	
		所在地	
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	から	日間
	入院をした保険医療機関等	まで	
		名称	
		所在地	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

世帯主住所

境港市長様

氏名

個人番号

届出者氏名		電話番号	
届出者住所		続柄	

【市民課入力欄】

発行期日	年 月 日	負担区分	70歳未満	ア	イ	ウ	エ	オ
有効期限	年 月 日		70歳以上	現II	現I			
長期該当	年 月 日			低II	低I			
台帳番号		第三者行為	非該当・該当(届出□)					