

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		佐国保				
世帯主	住所	佐伯市				
	氏名	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日	男女	
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	男女	
	世帯主との続柄		個人番号			
長期入院	該当・非該当	交通事故等の 第三者行為	有・無			
1	申請日の前1年間の入院期間（日数）		平成 平成	年 月 日から 年 月 日まで	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1年間の入院期間（日数）		平成 平成	年 月 日から 年 月 日まで	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1年間の入院期間（日数）		平成 平成	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
4	申請日の前1年間の入院期間（日数）		平成 平成	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
5	申請日の前1年間の入院期間（日数）		平成 平成	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				

平成 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に _____ 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 市区町村長名 _____ 印
-----------------	---