

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		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号					
限度額 適用 減額対 象者	氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	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）		年 月 日から 日間 年 月 日から			
	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）		年 月 日から 日間 年 月 日から			
	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）		年 月 日から 日間 年 月 日から			
	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）		年 月 日から 日間 年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等		名 称			
			所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

佐伯市長 殿 令和 年 月 日

住所
世帯主 氏名 個人番号
電話番号

※申請者が世帯主の場合は、記入は不要です。

届出 人	住 所
	氏 名 電話番号

受 付		確 認 書 類	☐ マイナンバー	☐ 免許証
受付日			☐ その他 2点()	☐ 聴聞 ()