

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			
5	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			

令和 年 月 日

※届出人が世帯主、対象者の場合、記入は不要です。

届出人	住 所
	氏 名
	TEL

※市記入欄

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 ()