

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 認定証交付申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		波佐見		
世帯主	氏 名			世帯主の住所
	生年月日	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	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 まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	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

申請者 住 所

長崎県東彼杵郡波佐見町長 前川 芳徳 様

氏 名
個人番号

市 町 村 処 理 欄	認 定 方 法	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 () ニ. 却下 (理由:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差 額 支 給 有 ・ 無		標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)