

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			

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)