

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号		神埼				
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	性別 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	名称			
		所在地			
2	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	名称			
		所在地			
3	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	名称			
		所在地			
4	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	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

氏名 ㊟

個人番号

電話番号

佐賀県神埼市長 様

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)