

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)