

様式第 6 号(第 7 条関係)

交付番号No.

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

(宛先)えびの市長

下記のとおり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

被保険者証番号	〇〇〇〇〇〇〇												
世帯主	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇											
	氏名	えびの 太郎 印				生年月日	〇〇年〇月〇〇日			男・女			
	個人番号	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇
限度額適用 減額対象者	氏名	えびの 花子				生年月日	〇〇年〇月〇〇日			男・女			
	個人番号	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇
	世帯主との続柄	妻				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)	年 月 日から			年 月 日まで			日間					
	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			年 月 日まで			日間					
	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			年 月 日まで			日間					
	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			年 月 日まで			日間					
	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			年 月 日まで			日間					
	入院をした保険医療機関等	名称											
		所在地											

適用区分	ア イ ウ エ オ
	I II