

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 兼 交付申請書

| | | |
|----|----|----|
| 若人 | 前期 | 受付 |
| | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------------|--------------|---|
| 被保険者記号・番号 | | 資格区分 | | 一般 ・ 退本 ・ 退扶 | |
| 世帯主 | 氏名 | 世帯主の住所 | | | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 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 | | | | |
| | 個人番号 | | | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 91日目 | 年 | 月 | 日 |
| 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等の認定(交付)を申請します。 年 月 日 佐世保市長 様 世帯主 住所 佐世保市 町 番(地) 号 丁目 氏名 _____ 印 個人番号 _____ 電話番号 () _____ ※住所地以外に送付を希望される場合は、郵送先をご記入ください。 郵送先 住所 氏名 電話番号 | | | | | |

※太枠内をご記入下さい

| | | | | | |
|----------------------------|------|---------------------------------------|-------------|-------------|----|
| 市 町 村 処 理 欄 | 認定方法 | イ. 課税証明 ロ. 生活保護受給期間証明書 ハ. 公簿() | 交付番号 (第 号) | | |
| | | | 交付年月日 年 月 日 | | |
| | | | 収納担当 | 備考欄 | |
| | | 適用区分 | 滞納 | 有・無 | |
| | | 現年度 | ア・イ・ウ・エ・オ | 現役Ⅰ・現役Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ | 交付 |
| | 前年度 | ア・イ・ウ・エ・オ | 現役Ⅰ・現役Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ | | |
| | 前々年度 | ア・イ・ウ・エ・オ | 現役Ⅰ・現役Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ | | |