

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		南国保		
世帯主	住所			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
	個人番号			
減額対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
	個人番号			
	世帯主（組合員）との続柄			
発病又は負傷の理由	1. 第三者行為：交通事故・犬咬傷・食中毒・その他（ ） 2. その他：自損事故・疾病等 3. 労働中の災害			

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数合計(日間)

長期入院（過去1年間の入院期間が91日以上の場合）		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 日間 年 月 日まで	
	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 日間 年 月 日まで	
	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 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

上記のとおり関係書類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

世帯主 住所 _____

氏名 _____

窓口に来た方の氏名 _____

連絡先 _____

南種子町長 殿

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯の属する被保険者に 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 _____, _____, _____, _____ _____, _____, _____ 市区町村長名 _____ 印
-------------	---

備考：・「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事業を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

・マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証発行の申請は不要となります。マイナ保険証をぜひご利用ください。

確認年月日	年 月 日	印	
-------	-------	---	--