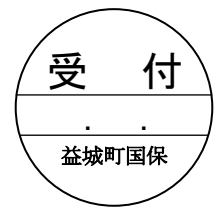


課長	係長	係員	受付	認定書交付（郵送）年月日
				令和 年 月 日



国民健康保険 **限度額適用** 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

保険証番号		個人番号			
認定対象者	ふりがな		生 年 月 日		
	氏 名		昭和 年 月 日		
			平成 年 月 日 令和 (満 歳)		

長期入院	該当・非該当	
1	申請日前1年間の入院期間・日数	から まで 日間
	入院をした保健医療機関等	名称 所在地
2	申請日前1年間の入院期間・日数	から まで 日間
	入院をした保健医療機関等	名称 所在地
3	申請日前1年間の入院期間・日数	から まで 日間
	入院をした保健医療機関等	名称 所在地

国民健康保険法施行規則の規定により上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(申請者) 世帯主 { 住 所: 益城町大字

氏 名:

個人番号:

申請書の記入者 { 氏 名:

電話番号: (携帯) - -

(自宅) - -

益 城 町 長 様

町処理欄 ※記入不要	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 () 交付番号 () 認定年月日
	差額支給	有 ・ 無	令和 年 月 日

※保険税の滞納がある場合は、この申請書の送付があっても認定証の交付はできません。