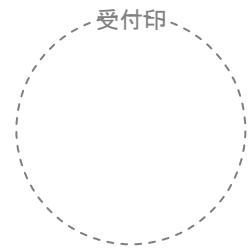


| | | | | |
|----|----|----|----|--------------|
| 課長 | 係長 | 係員 | 受付 | 認定書交付（郵送）年月日 |
| | | | | 年 月 日 |



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 | | |
| | | 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。

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 | 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。