

# 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

記号番号										
世帯主	昭・平 年 月 日									
減額対象者氏名	世帯主との 続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー)						区分	
長期入院	該当・非該当		入院日数(合計)	日	第三者	有・無				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日～		年 月 日		日間			
	入院した保険医療機関	名称								
		所在地								
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日～		年 月 日		日間			
	入院した保険医療機関	名称								
		所在地								
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日～		年 月 日		日間			
	入院した保険医療機関	名称								
		所在地								

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証について、上記のとおり申請します。  
また、国民健康保険法に基づく手続きにあたり、世帯主及び世帯員の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。

年 月 日

世帯主	住所	臼杵市
	氏名	
	電話番号	
代理人	住所	
	氏名	
	電話番号	

(あて先) 臼杵市長

区分	一・退(本・扶) ア・イ・ウ・エ・オ	高 I・II・一般・一定	国 保 税	未納 有・無	納税相談 有(窓口)・無
----	-----------------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------