

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額

被保険者記号・番号 薩川A			(一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養)		
世帯主	住所				
	氏名				生年月日
減額対象者	氏名				生年月日
	世帯主との続柄			ア・イ・ウ・エ・オ・オ1・	
	個人番号			現役並みⅠ・現役並みⅡ・	
長期入院	該当 (年 月 ~) ・ 非該当			区分Ⅰ・区分Ⅱ	

①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間			
		令和 年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間			
		令和 年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間			
		令和 年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間			
		令和 年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

申請者 (世帯主) 住所 薩摩川内市 _____
氏名 _____ (電話番号) _____

代理申請 住所 _____
氏名 _____ (世帯主との関係) _____
(電話番号) _____

薩摩川内市長 殿

この申請は、第三者行為によるものですか
1. はい 2. いいえ

市町村 処理欄	認定等	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書	受理番号 (第 号)
		<input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書	受付番号 (第 号)
		<input type="checkbox"/> 公簿	認定年月日 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 却下 (理由 :)	長期認定年月日 令和 年 月 日
		差額支給 有 ・ 無	限度額適用・標準負担額台帳発行番号 (第 号)

受付	非課税確認	台帳記載	入力	認定証発行	長期該当確認	保険税照会	個人番号
					領収証等	完納 ・ 未納	